

**EL NUEVO PERFIL EN ATENCIÓN
RESIDENCIAL PARA PERSONAS
MAYORES**

TFG/*GBL* 2014

Grado en Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado
Gradu Bukaerako Lana

***EL NUEVO PERFIL EN ATENCIÓN RESIDENCIAL
PARA PERSONAS MAYORES***

Erika AMEZCUA ALDAYA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
GIZA ETA GIZARTE ZIENTZIEN FAKULTATEA

**UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA
NAFARROAKO UNIBERTSITATE PUBLIKOA**

Estudiante / Ikaslea

Erika AMEZCUA ALDAYA

Título / Izenburua

El nuevo perfil en atención residencial para personas mayores

Grado / Gradu

Grado en Trabajo Social

Centro / Ikastegia

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales / Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea

Universidad Pública de Navarra / Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Director-a / Zuzendaria

Pilar GARCÍA CASTELLANOS

Departamento / Saila

Departamento de Trabajo Social / Gizarte Laneko Saila

Curso académico / Ikasturte akademikoa

2013/2014

Semestre / Seihilekoa

Primavera / Udaberrik

Resumen

El objetivo de este trabajo es analizar el nuevo perfil de personas que está llegando a la atención residencial para personas mayores. Se caracterizan por ser en su mayoría considerados “dependientes sociales”, válidos, con problemas personales o familiares.

Muchos de ellos tienen historia de consumos o ludopatías, tienen alguna discapacidad o padecen alguna patología relacionada con la salud mental (esquizofrenias, trastornos bipolares, trastornos de personalidad, etc.) y carencia de recursos, situándoles en una situación de riesgo de exclusión social.

Se trata de un nuevo colectivo que está llegando a las residencias como consecuencia de una carencia de recursos destinados a personas con estos requisitos: mayores de 65 años en situación de exclusión social o riesgo de estarlo. Siendo el número de plazas destinadas a estas personas en cada centro del 5% del total y superándose en muchos casos este ratio.

Palabras clave: dependencia social; nuevo perfil; institución residencial; personas mayores; salud.

Abstract:

The aim of this paper is to analyze the new profile of people who are coming to residential institution for seniors. This new profile is characterized by be mostly considered "social dependents", valid, with personal and family problems.

Many of them have a history of alcohol consumption or compulsive gambling, have disabilities or suffer any mental pathology (schizophrenia, bipolar disorders, personality disorders, etc.) and lack of resources, placing them at a risk of social exclusion.

This is a new social collective that is coming to the residences because of the lack of resources for people who fulfill the following requirements: 65 years old and above in social exclusion or at risk of becoming so. The number of places for these people at each center is 5% of the total and in many cases this ratio is exceeded.

Keywords: social dependence, new profile, residential institution, seniors, health.

Índice

Introducción	1
1.1.Hipótesis	1
1.2.Justificación	1
1.3.Objetivos	2
1.3.1.Objetivo general	2
1.3.2.Objetivos específicos	2
1.Marco Teórico	4
2.1.Concepto exclusión social	4
2.2.Exclusión social y salud	9
2.3.Salud Mental	12
2.4.La institución residencial como modelo de atención	14
2.Marco normativo	18
3.1.Dependencia Social	18
3.2. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia	19
3.3. Orden Foral 3/2010, de 14 de enero, de la Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, por la que se regula el procedimiento y el baremo de valoración de la situación familiar para el acceso a plazas residenciales destinadas a la atención de personas mayores, de personas con discapacidad, de personas con enfermedad mental y de personas en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo	21
3.Metodología	23
4.Resultados y análisis	24
5.1.Análisis de resultados	24
5.2.Proceso de ingreso	31
5.3.Adecuación del recurso	34
Conclusiones	39
Referencias bibliográficas	43
Anexos	44
A. Anexo I: Informes de residentes de El Vergel	44
B. Anexo II: Escala de valoración social de la dependencia	55

1. INTRODUCCIÓN

1.1. HIPÓTESIS

La hipótesis de este trabajo consiste en el cuestionamiento de si la Institución residencial para personas mayores es una alternativa asistencial adecuada para el nuevo perfil de personas que están llegando a este tipo de recurso (con características tales como personas “jóvenes”, dependientes sociales, con problemas de salud mental o carencia de recursos).

1.2. JUSTIFICACIÓN

En primer lugar, en Octubre de 2013 se aprobó el “Programa ResideN” (http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2013/10/16/nuevo+concierto+economico+resideN+para+residencias+mayores.htm).

“El “Programa ResideN”, que sustituye al hasta ahora vigente Concerdep (2009), presenta un doble objetivo. Por un lado, disponer de una adecuada red de servicios de atención residencial en condiciones óptimas para asegurar la autonomía, dignidad y calidad de vida. Por otra parte, contar con un modelo económico más equitativo para los centros, que contribuya a su estabilidad y al mantenimiento de los puestos de trabajo. Para ello, se incluyen nuevos perfiles de usuarios, se reorganizan y simplifican los tipos de módulos y se flexibiliza la contratación de determinados perfiles profesionales.”

Principales novedades:

“Este nuevo modelo amplía la posibilidad de atención en residencias para mayores de 65 años a nuevos colectivos. Concretamente, ofrece cobertura para los denominados dependientes sociales, es decir, personas mayores de 65 años que, sin tener un grado de dependencia, presenta problemas personales o familiares que les conducen al riesgo de exclusión social. El número de plazas destinadas a estas personas en cada centro no superará el 5% del total.

También se dará cabida de forma voluntaria a los discapacitados mayores de 65 años, cuyas necesidades de atención sean asimilables a los de un mayor con dependencia.”

Y en segundo lugar, tras la aprobación de la Orden Foral 3/2010 de 14 de enero sobre el baremo de valoración, se regula la situación familiar para el acceso a plazas residenciales destinadas a la atención de personas mayores, de personas con discapacidad, de personas con enfermedad mental y de personas en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo.

Tras esta Orden Foral se aporta un nuevo instrumento para la valoración de las personas, centrando su atención en la capacidad económica y de recursos de cada solicitante, además de que esta normativa introduce una nueva categoría de definición para estas personas, son los llamados a partir de ahora “dependientes sociales”. Se les asigna una denominación y cierta visibilidad al ser reconocido el derecho a poder optar a solicitar entrada en un centro institucional.

Contando con la experiencia de prácticas en la residencia para personas mayores El Vergel de Pamplona, he podido comprobar que una tercera parte de las personas en plazas para personas no dependientes (101 plazas para no dependientes de las 161 totales) son dependientes sociales. Son un perfil emergente en esta institución y se están convirtiendo en un colectivo a tener en cuenta y en el que focalizar la atención, además de requerir un análisis de las necesidades propias de este perfil y de los factores que inciden en su situación.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

Analizar el nuevo perfil de personas en atención residencial para personas mayores

1.3.2. Objetivos específicos

1. Conocer las características del nuevo perfil
2. Conocer las necesidades del nuevo perfil
3. Factores que definen la situación de dependencia social

4. Analizar la adecuación de la atención residencial como recurso a esta necesidad
5. Conocer el proceso de atención de este colectivo

2. MARCO TEÓRICO

El presente trabajo tiene como tema central el nuevo perfil de personas que están llegando como usuarios de la atención residencial para personas mayores. Éstos se caracterizan por encontrarse o haberse encontrado en situación de exclusión social, sin ningún tipo de recurso tanto humano como material, dependientes sociales. Por otra parte, cumplen ciertas características además de la ausencia de recursos o recursos limitados, como tener algún problema de salud mental (esquizofrenia, trastorno de personalidad, trastorno bipolar, alteraciones de conducta, trastorno de hábitos, etc.), dependencias (alcoholismo, ludopatía) o discapacidad.

Este tipo de problemas carenciales muchas veces se ha visto agravado por su situación de ausencia o déficit de recursos y apoyo social o al revés, es la situación de desamparo la que ha agravado o desencadenado los problemas de salud.

Se trata de un colectivo de gente que está llegando a los centro de atención residencial para personas mayores, centros cuyo rango de edad establecido y cuya preparación profesional y de atención, está adecuado a la franja de edad que va a partir de los 70 años y todas las atenciones que las personas de estas edades requieren: rehabilitación, mantenimiento de la motricidad, envejecimiento activo, mantenimiento de los niveles cognitivos, etc. El perfil inicial es inicialmente atender a población envejecida. Pero a raíz de la modificación de la ley de Dependencia en el año 2010 y a raíz de la crisis económica actual, este tipo de recursos está dando cabida a un tipo de personas más amplio, incluyendo a población con las características mencionadas y con edades más jóvenes (60 años en adelante).

A partir de esta primera constatación, en el marco teórico se abordará la exclusión social así como su relación e incidencia en la salud de las personas que la sufren, se tratará el tema de la salud mental, como característica de esta nueva categoría de personas, y por último, cabe hablar de la institución residencial como modelo de atención.

2.1. Concepto exclusión social

La exclusión social es un concepto complejo, por lo que definirla, también lo es. No existe una definición clara y precisa. Esa complejidad viene dada por la diversidad de El nuevo perfil en atención residencial para personas mayores

dimensiones que abarca la exclusión: dimensión social, relacional, laboral, económica, sanitaria, etc.

Son muchos los autores que han intentado definirla, proponiendo diversas fórmulas de análisis. Tezanos (1999)¹, expone que el rasgo distintivo de las situaciones de exclusión es el debilitamiento o ruptura del vínculo social, así como la pérdida del sentido de pertenencia. A ello se le suma la multidimensionalidad del concepto moderno de exclusión social.

Desde el punto de vista económico, este concepto de difícil definición parte de tres realidades:

- La vulnerabilidad ocupacional: personas que en un contexto que aspira a alcanzar el pleno empleo encuentran dificultades para su inserción en el mercado laboral.
- Son un colectivo percibido como superfluo para la producción.
- Grupo de personas que no disponen de grandes expectativas de reinserción (por su condición de ser “prescindibles”).

Es un proceso social de pérdida de integración que incluye no solo la falta de ingresos y el alejamiento del mercado de trabajo, sino también un descenso de la participación social, y por tanto una pérdida de derechos sociales (Laparra, 2000).

A su vez, el sentimiento de colectividad de la sociedad está desapareciendo y convirtiéndose en un factor de riesgo, creado inestabilidad en los vínculos sociales. El desarrollo del individualismo provoca un aumento de la vulnerabilidad social.

Por otra parte, existe una multidimensionalidad de la exclusión, las personas excluidas sufren una serie de dificultades o barreras que afectan a su situación. Estas barreras hacen referencia a diversas formas de participación ciudadana:

¹ José Félix Tezanos (Santander, 1946), Doctor en Ciencias Políticas y Sociología. Desde 1974 desempeña diversos puestos docentes en universidades españolas. Es Catedrático de Sociología en la UNED, Director del Departamento de Sociología III (Tendencias Sociales) y Coordinador del GETS (Grupo de Estudio sobre Tendencias Sociales).

- La participación económica (esfera del empleo, carencia de ingresos, privación de ciertos bienes y servicios básicos)
- La participación social (aislamiento, conflictividad familiar y social)
- La participación del bienestar público (no acceso o acceso muy limitado a una vivienda digna, a la sanidad o a la educación)
- La participación política

Estas limitaciones (o exclusiones) están condicionadas por déficits en las capacidades de funcionamiento (Sen, 1995)² (cuestiones de salud, formación, experiencia laboral, habilidades sociales y cognitivas) que son a la vez un producto de los productos exclusógenos.

A pesar de la complejidad y el carácter dinámico de este fenómeno, hay un consenso que incluye dificultades o barreras en al menos el eje económico (empleo, ingresos, privación), el eje político de ciudadanía (derechos políticos, educación, salud o vivienda) y el eje de las relaciones sociales (aislamiento, anomia) (Subirats³, 2004, 2006).

Es complicada la definición de la exclusión social e imposible contar con un solo criterio para definirla, aun así, uno de los elementos comunes, es el reconocimiento de la multideterminación y multidimensionalidad del fenómeno, como hemos podido observar.

La noción de multideterminación indica la existencia de causas inmediatas, intermedias y estructurales de la exclusión (Willadino, 2004). Los colectivos excluidos son generalmente resultado de un proceso de acumulación de vulnerabilidades en diferentes ámbitos. Por ello, la correcta identificación de los mecanismos de exclusión resulta imprescindible para ejecutar los distintos niveles de intervención.

² Sen, A. (1995). *Nuevo examen de la desigualdad*. Alianza Editorial, S.A.

³ Joan Subirats Humet (Barcelona, 17 de mayo de 1951): catedrático en Ciencia Política, especialista en temas de gobernanza, gestión pública y en el análisis de políticas públicas. Ha trabajado sobre temas de la exclusión social, problemas de innovación democrática y sociedad civil.

Debido a la complejidad para determinar estas situaciones, muchos autores han elaborado una serie de indicadores que permiten detectar y valorar los elementos que sitúan a las personas en situación de exclusión y el nivel de gravedad de cada caso.

Los modelos de análisis que se han construido incluyen clasificación de necesidades básicas, elaboración de tablas que reflejan las diversas zonas de exclusión y sus correspondientes factores o mapas de riesgos de estas situaciones.

García Serrano, Malo y Rodríguez Cabrero (2000) plantearon una definición del espacio de la exclusión a partir de indicadores relacionados con la situación económica, por un lado, y con la presencia de dificultades en otros tres ámbitos, por otro: capital humano (combinando indicadores de educación y salud), capital social (relaciones familiares y sociales) y vivienda. Los autores analizaban la situación de la población bajo el umbral de la pobreza en España en relación con estos tres ámbitos de integración.

Por otra parte, Miguel Laparra (2000) definió el espacio de la exclusión en Navarra a partir del análisis de los datos de una encuesta sobre necesidades sociales a 2.334 hogares asistidos.

Utilizó un conjunto de indicadores que hacían referencia a situaciones de pérdida de integración en diversos ámbitos. Estos ámbitos eran la falta de ingresos, relación laboral, vivienda, salud, educación, relaciones sociales y presencia de conductas anómicas (delito, consumos, conflictividad familiar). El estudio permitió identificar el número de hogares (6.000) especialmente afectados por diversas problemáticas y además destacó la interrelación entre bajos ingresos, empleo y vivienda, así como la reproducción de procesos de exclusión del empleo y la educación en las mismas familias.

En otro estudio Begoña Pérez y Miguel Laparra llevaron a cabo un estudio para Cáritas Española sobre procesos de exclusión e itinerarios de inserción social en el que se incluye el análisis de relatos de vida de personas atendidas por la entidad.

A través de este estudio se observa la importancia de incorporar también el punto de vista de las personas afectadas. Por un lado, con el fin de conocer de primera mano la explicación dada a los procesos que les afectan y analizar su propia percepción sobre los factores que más han incidido en su itinerario de exclusión. Y, por otro

lado, con el objetivo de vislumbrar distintas situaciones, actitudes o estrategias que puedan constituirse en factores de exclusión o inclusión.

Por último, los diversos esfuerzos de sistematización de los factores exclusógenos derivados de su multidimensionalidad se han materializado en mapas de riesgos con indicadores generales como el siguiente:

Tabla 1. Mapa de riesgos con indicadores

<i>Riesgos</i>	<i>Trabajo</i>	<i>Ingresos</i>	<i>Vivienda</i>	<i>Relaciones/apoyos sociales</i>
<i>Bajos</i>	Empleo estable	Riqueza o ingresos suficientes	Vivienda propia	Familia e integración satisfactoria en redes sociales
<i>Medios</i>	Trabajo precario y/o poco remunerado	Ingresos mínimos garantizados	Vivienda en alquiler, situaciones de hacinamiento	Crisis familiares, redes sociales débiles. Apoyos institucionales compensatorios
<i>Altos</i>	Exclusión del mercado de trabajo	Situación de pobreza	Infravivienda “sin techo”	Aislamiento, rupturas sociales. Carencia de apoyos institucionales

Fuente: Tezanos (1999: 45)

Tezanos (1999) suministra un método para el estudio de procesos de exclusión social utilizando las cuatro zonas definidas por Robert Castel⁴. Plantea que el análisis de cada una de estas zonas debe atender a un conjunto de variables: laborales, económicas, culturales, sociales e individuales. Entiende que son las relaciones establecidas entre dichas variables las que condicionan la eventual transición de una zona a otra del continuum que va de la integración a la exclusión social:

Las cuatro zonas básicas identificables en el proceso de exclusión social:

⁴ Robert Castell define dos grandes núcleos de integración social: el eje del trabajo y el eje relacional, que mantienen una interrelación con las cuatro zonas (integración, vulnerabilidad, asistencia y exclusión). Zona de integración: vínculos con los ejes son sólidos y estables; zona de vulnerabilidad: inestabilidad en ambos ejes, donde entra en escena la zona de asistencia; zona de marginalidad o exclusión: desvinculación del ámbito laboral y el aislamiento social.

Tabla 2. Zonas básicas del proceso de exclusión social

	<i>Zona de integración</i>	<i>Zona de vulnerabilidad</i>	<i>Zona de asistencia</i>	<i>Zona de exclusión</i>
<i>Situación laboral</i>	Empleo fijo o estable	Empleo precario o inestable	Desempleo	Inempleabilidad
<i>Ámbito económico</i>	Empresas y actividades estables y con futuro	Empresas y actividades económicas inestables o en crisis. Economía desregulada o sumergida.	Aportaciones públicas reglamentadas o beneficencia	Aleatoriedad de ingresos
<i>Situación relacional</i>	Fuertes redes familiares y sociales	Fragilidad relacional. Individualismo	Carencias relacionales compensadas por iniciativas asistidas de inserción.	Aislamiento social
<i>Sentimientos</i>	Seguridad, confianza en el futuro	Miedos, incertidumbres	Fatalismo, falta de perspectivas	Desesperación, anomia
<i>Actitudes básicas</i>	Conformismo, emulación	Desconfianza, inseguridad	Protesta, resignación	Desviación, pasividad, violencia, rebeldía
<i>Factores de riesgo</i>	Inestabilidad económica, enfermedades, incertidumbres ante la vida, etc.	Crisis familiares, ruptura de solidaridad de grupo, fracaso escolar, inadaptación cultural, minusvalías, etc.	Alcoholismo, drogadicción, depresión, aislamiento, clausura social	Enfermedades, accidentes, delitos, suicidios, etc.

Fuente: Tezanos (1999: 51)

2.2. Exclusión social y salud

Como venimos hablando, la exclusión social es un concepto complejo, que incide en varios ámbitos de la vida de las personas. Ya se ha señalado la influencia de los factores económicos, principalmente la precariedad laboral, en la salud de las personas. Es un factor explicativo del deterioro en el nivel de vida de los vulnerables y excluidos.

Para que personas y colectivos puedan tener un intercambio dialéctico con el medio social es preciso que dispongan de determinados elementos básicos que le permitan esa relación de adaptación, enfrentamiento, o confrontación, permitiéndole su desarrollo.

Existen una serie de necesidades básicas, que actúan como indicadores para determinar el nivel de carencias que tiene una persona. En este caso tomaré como referencia la clasificación de Necesidades Básicas realizada por Maite Martín Muñoz⁵, que determina los siguientes elementos:

1. Información
2. Habilidades sociales
3. Autonomía física y psíquica
4. Relación convivencial
5. Organización de la unidad convivencial
6. Formación
7. Trabajo
8. Nivel económico
9. Vivienda
10. Participación
11. Aceptación social

A estos factores en torno a los que se estructura la escala de Necesidades Básicas son los que permiten vivir de forma autónoma, poseer una identidad personal, y lograr una buena interacción con el medio social que nos rodea. Como expone Maite Muñoz, la carencia o grave déficit de alguno de estos elementos que forman el sistema, origina serias dificultades en el funcionamiento del mismo, obstaculizando, limitando, o instrumentalizando la vida de las personas.

La carencia o déficit de alguno o varios de ellos, ya que pueden afectar unos a otros, afecta al nivel de vida de los individuos, afectando a la salud física o mental de quien padece esas carencias.

⁵ Trabajadora social. Miembro del equipo de Investigación de Indicadores de Diagnóstico Social, autora del libro "Manual de Indicadores para el Diagnóstico Social".

Por su parte, Pedro José Cabrera, (*La acción social con personas sin hogar en la España del siglo XXI, 2009*)⁶, señala que el efecto que tiene el deterioro de la salud en los vulnerables y los excluidos es diferente del efecto que tiene en los integrados. A su vez señala diferencias de género, ya que, en el caso de las mujeres influye negativamente en el nivel de vida el padecer enfermedades mentales o de problemas de adicción entre los hombres, en cuyo caso el riesgo de empeorar el nivel de vida es importante. Para los hombres también es un factor de riesgo importante el vivir solos a causa de un divorcio, pero aquellos que se han vuelto a emparejar no tienen tanto riesgo de empeorar su nivel de vida.

Por otra parte, muchas de estas personas, como señala Cabrera, tienen carencias o se ven afectadas en diversas áreas. Carecen de recursos, ni económicos ni humanos, se encuentran en una situación que les hace carecer de *vivienda* y/o alojamiento adecuado. Esto les genera una serie de problemas añadidos que, o bien estaban en el origen de su trayecto de exclusión, o bien se han visto incrementados por el hecho de verse sin vivienda. A partir de una encuesta del INE (2005) donde se les preguntaba por su *estado de salud*, apenas la mitad decían que su estado de salud era bueno o muy bueno y un 16% decía encontrarse mal o muy mal. Un 30% sufre enfermedades crónicas y a ello hay que sumarle que a pesar de su situación de necesidad y de la expansión universalista del sistema sanitario, apenas un 67% dispone de tarjeta sanitaria.

Las situaciones de exclusión social, que a menudo les convierten en personas sin hogar, ocasionan que la relación con el médico de cabecera se interrumpe o no existe, las medicinas se vuelven inaccesibles y el régimen de cuidados que requiere cualquier enfermedad se vuelve imposible cuando se vive en un parque o en un banco. A todo esto hay que sumar también las dificultades para llevar una dieta saludable, para poder asearse regularmente, y para poder descansar y dormir.

Como ya se ha mencionado, uno de los factores de riesgo de las personas en situación de exclusión son los *consumos y adicciones*, que contribuyen al deterioro del estado de

⁶ Capítulo 8: La acción social con personas sin hogar en la España del siglo XXI, en *Exclusión social en España* (2009), LAPARRA M., PÉREZ, B.

salud. A pesar de ello, cabe señalar que se trata de una idea generalizada, que forma parte del estigma que se le asigna a estas personas (aunque presenten tasas de prevalencia superiores a las que se encuentra en el conjunto de la población española) ya que los datos recogidos por el INE (2005) que coinciden con los hallados en otros estudios regionales y locales, señalan que el 41% no consume alcohol, y un 36% lo hace de forma ligera, unos datos similares a los de la población española en general.

Sin embargo, el poder de las connotaciones y de la imagen pública acaba contaminando su imagen, generando a su vez que les sea más complicado acceder al sistema de salud o a cualquier otro recurso o servicio.

Cambiando de tema, y aludiendo a otro de los *factores exclusorios*, haré referencia a la *enfermedad o discapacidad*, como elemento causante de vulnerabilidad. Este factor engloba diferentes situaciones relacionadas con la salud y la discapacidad, pero que en general limitan la autonomía individual de las personas que las “padecen” (Subirats⁷, 2004, 104) ya por un origen congénito o sobrevenido. Cabe señalar también que la aparición de limitaciones en la autonomía personal conforme aumenta la edad, se ven afectadas negativamente por las situaciones de soledad y la ausencia de apoyos informales para las actividades de la vida diaria (ABVD), realidades en las que se encuentran muchas de las personas excluidas.

Otro aspecto que les afecta es, en cuanto al tema *económico*, que dichas personas tienen aproximadamente un 25% más de gastos que las personas sin discapacidad, debido al coste de sus ayudas técnicas, el transporte y la asistencia que precisan, mientras que sus oportunidades laborales son más reducidas. Las personas con discapacidad tienen el doble de posibilidades de vivir en situación de pobreza que las personas sin discapacidad, y este riesgo es mayor ahora que hace diez años.

2.3. Salud Mental

La salud mental como hemos ido viendo es un factor que influye negativamente en la salud de las personas en situación de exclusión social, un elemento de vulnerabilidad, y

⁷ Recogido en: Huet García, A.; Cayo Pérez Bueno, L. (2008), “Cap. 8.4 Discapacidad y exclusión social”. *Exclusión social en España*. FOESSA.

además supone una de las características que sufren el colectivo de personas a las que este trabajo se refiere. Estas patologías actúan como condicionante vital de su manera de actuar, pensar, relacionarse y a su vez condiciona negativamente la visión que la sociedad tiene de ellos.

Mariano Galve (2013)⁸ los define en su capítulo sobre los enfermos mentales en el libro *Exclusión social en España*, como los más necesitados y los más desasistidos por dos razones:

1. Porque necesitan de todo: de pan y de palabra; de pertenencia a algo: familia, pueblo, país; de amor lo suficientemente creativo como para que se consideren útiles, valiosos para alguien; de vida que merezca la pena ser vivida, que tenga sentido, que pueda ser compartida.
2. Porque presentan una doble dificultad en su asistencia: muchas veces no se dejan ayudar y, también con mucha frecuencia, no los sabemos ayudar.

Destaca tres elementos extraídos de las definiciones existentes: son los dependientes, los insociables y los de terribles sufrimientos. Los define como personas que presentan un considerable destrozo físico, mental y social, en contra de la definición de salud de la OMS⁹: Salud igual a “un completo bienestar físico, mental y social”. Es decir, no llegan a cumplir con los tres elementos esenciales para disfrutar de un pleno buen estado de salud, y por ello requieren su debida atención.

En cuanto a las cifras, Galve señala que aproximadamente una cuarta parte de nuestra población sufre trastornos mentales que requieren algún tipo de ayuda. En cuanto a qué se hace con ellos, de esa cuarta parte, un 0,1% están en Psiquiátricos, sin poder tener una vida mental, social y espiritual autónoma. Solo viven una vida bio-corporal repetitiva y monótona.

⁸ “Capítulo 5: Las cuatro preguntas básicas sobre los enfermos mentales”, en *Exclusión social en España*. FOESSA.

⁹ “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”Cita del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. La definición no ha sido modificada desde 1948.

Si no están con su familia, los que también han llegado hasta el final del deterioro y de la destrucción de su identidad, y no están en los psiquiátricos, se reparten entre los Asilos y la calle en calidad de vagabundos y mendigos. Como señala, son objeto de aislamiento y de ignorancia.

A su vez, Galve habla también de los llamados “grupos de riesgo”: los jubilados, las mujeres mayores de 40 años, los varones mayores de 50 años con escaso nivel educativo y de clases socio-económica baja. Están normalmente en su medio, malviviendo como pueden y son objeto de desprecio.

Por último está el 25% de la población, que requiere algún tipo de asistencia psicológica. Son personas que viven en sus casas, pero cuyas condiciones no son las mejores. Viven con una familia que los oculta, los considera “inútiles” e improductivos, o se les tiene miedo. Siempre llevan el estigma de “no ponerse bien” a pesar de que se les ha llevado a los mejores médicos, han consumido el presupuesto familiar y han agotado las reservas de paciencia emocional de la familia. Son, frecuentemente, objeto de marginación.

Estos dos últimos casos son principalmente el objeto de análisis de este trabajo, los que cumplen con el perfil de dependientes sociales, carentes de recursos tanto personales, sociales y económicos, y que se encuentran en un entorno de conflicto.

Es un colectivo desconocido por la sociedad en general. La enfermedad mental sigue siendo un tema tabú, del cual no se sabe mucho y se habla poco.

2.4. La institución residencial como modelo de atención

A continuación, se hablará de la institución residencial para personas mayores como modelo de atención. Las residencias son un recurso que ofrece el alojamiento temporal o permanente para personas mayores o personas con algún tipo de discapacidad o dependencia. “Suponen una alternativa al hogar familiar cuando confluyen una serie de circunstancias (familiares, económicas, socio-sanitarias, etc.) que desaconsejan la permanencia en el domicilio. De ahí la importancia de que se conviertan en auténticos hogares. Resulta primordial que las residencias permitan a los alojados llevar un vida lo más parecida posible a la que llevaban antes de ingresar en el centro: intimidad, llevar consigo sus propias pertenencias y recuerdos, recibir visitas en

las habitaciones, poder seguir con sus costumbres. Las residencias para los mayores asumen la tarea de prestar cuidados y asistencia en mayor o menor grado. Se procura el desarrollo personal, la atención social y sanitaria” (<http://www.saludalia.com/salud-del-anciano/residencias-ancianos>).

Son centros que dan cabida a personas con diferentes grados y necesidades de atención, desde personas en buenas condiciones de autovalimiento, capaces de realizar las ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria), hasta personas mayores con un nivel de dependencia que requiere ayuda continuada.

No todos los centros residenciales tienen los mismos requisitos ni aceptan el mismo grado de dependencia. En el caso de la residencia El Vergel, de la cual tengo más conocimiento por haber sido mi lugar de prácticas estos últimos meses, los requisitos de acceso consisten en que la persona sea no dependiente y tener reconocida la dependencia social.

Esta institución, como ya se ha mencionado, está dando cabida a un perfil de personas “jóvenes”, dependientes sociales, con entornos familiares o sociales conflictivos, con historias de adicciones y patologías de salud mental. Además, ha ido en aumento desde los tres últimos años, principalmente desde la aprobación de la Orden Foral 3/2010, de 14 de enero, de la Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, por la que se regula el procedimiento y el baremo de valoración de la situación familiar para el acceso a plazas residenciales destinadas a la atención de personas mayores, de personas con discapacidad, de personas con enfermedad mental y de personas en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo, y con la aprobación del programa ResideN, que amplía también la posibilidad de atención en residencias para mayores de 65 años a nuevos colectivos. De este modo, a continuación señalaré las características de esta institución que acoge a este nuevo perfil.

Centrándonos en las características del centro, la Residencia para Personas Mayores El Vergel de Pamplona es una de las dos residencias para personas mayores públicas de Navarra (junto con Santo Domingo en Estella). Se define como un centro gerontológico abierto, de desarrollo personal y atención socio sanitaria interprofesional, que ofrece atención integral a las necesidades básicas, terapéuticas, de rehabilitación y

socioculturales y donde conviven de manera temporal o permanente personas mayores con algún grado de dependencia o sin ella, con una capacidad para 161 personas.

Además del centro residencial, dispone de un servicio de Centro de Día, que ofrece atención diurna, facilitando la permanencia en el entorno habitual y apoyando a las personas cuidadoras, y a su vez, el espacio del Centro es compartido con el Club de Jubilados El Vergel, que promueve la prevención de la dependencia y el envejecimiento activo, y que realiza actividades en coordinación con la residencia.

El centro residencial, como su propio nombre hace referencia, ofrece los servicios de alojamiento y manutención, y a su vez ofrece otro tipo de servicios. Entre ellos desarrollan una labor de apoyo y supervisión en las actividades de la vida diaria, sobre todo con aquellas personas que provienen de un entorno desestructurado y presentan dificultad para desarrollar de manera autónoma las actividades de la vida diaria y necesitan ser educadas y supervisadas para su realización. Cuidados asistenciales, atención social, atención médica y atención de enfermería que se encargan principalmente del bienestar sanitario y personal. Fisioterapia, que desarrolla actividades físicas como gimnasia, rehabilitación y atención personalizada según cada caso particular. Terapia ocupacional, donde se llevan a cabo talleres de memoria, de manualidades, donde además de contribuir a un envejecimiento activo, constituyen una fuente de ocio y relaciones sociales. Por otra parte, se centran también en fomentar la adquisición de habilidades sociales e integración en la comunidad, promueven y facilitan actividades de ocio y tiempo libre, apoyo a familias, y otro tipo de servicios como servicios religiosos, podología, peluquería y cafetería.

El equipo de profesionales está compuesto por 158 profesionales, de entre los que se encuentran un equipo médico y de cuidadores y cuidadoras que ofrece prácticamente una atención 24 horas y un seguimiento del estado de salud de cada residente, además de mantenerse en coordinación con el resto del equipo. Formado también por una trabajadora social que trabaja en coordinación y que además de ser la puerta de entrada a la residencia, realiza las funciones de atención individual y grupal, de seguimiento psicosocial, de información, coordinación y estructuración de recursos, prestaciones y servicios, interlocutora entre la administración-residencia-familias-

El nuevo perfil en atención residencial para personas mayores

residente, fomenta la integración y participación de los residentes en la vida del centro y en su entorno, así como las relaciones interpersonales e interviene en los conflictos convivenciales que puedan surgir. Es la persona que se encarga de realizar los ingresos de la residencia (en el caso de los ingresos de Centro de día se realizan visitas Domiciliarias junto con la enfermera del C.Día para valorar la idoneidad del usuario/a) para los que llevan a cabo dos protocolos: el de preingreso y el de ingreso. En cuanto al momento del preingreso, la trabajadora social se reúne tanto como con la persona a ingresar como con algún familiar (salvo que la persona carezca de él) y además de intentar el acercamiento con la persona y salvar posibles dudas, recoge toda la información necesaria para la realización del informe (datos personales, genograma, antecedentes, situación económica-laboral, familiar, social, sanitaria, ocio y objetivos), y por último explica detalladamente el funcionamiento del centro y procede a la visita guiada de éste. En el preingreso se acuerda de mutuo acuerdo la fecha de ingreso, y una vez llegado el ingreso se detallan algunas cosas pendientes y la persona es acompañada a su habitación para ayudar a que se acomode. En todo momento se cuenta con la opinión personal de la persona y la decisión de entrar o no recae en sí mismo, dando la opción de poder abandonar el recurso si no desea continuar en él.

Por último decir que el centro cuenta con 161 plazas de las que 101 son para personas no dependientes y 60 para dependientes, aunque nadie entra como dependiente, sino que esas plazas están destinadas a aquellas personas que ingresan válidas pero que con el paso de los años y el deterioro se convierten en dependientes y precisan de las plazas de dependientes para su mayor atención y cuidado. El perfil general de las personas que residen en El Vergel es el de mujer, no dependiente, con una edad media de 82,96 años, con unos ingresos medios de 711,94 euros y con una estancia de entre uno y cinco años.

La edad media entre las personas con dependencia se eleva a 86,25 años, siendo las mujeres el 64,18%. Entre las personas no dependientes también predomina el sexo femenino con un 53,06% y una edad media de 80,70 años.

A esto último hay que añadir el nuevo perfil de personas que está llegando y que va en aumento, cuya media de edad son los 65 años, dependientes sociales y muy pocos recursos económicos.

3. MARCO NORMATIVO

3.1. Dependencia Social

La dependencia social es una realidad, una situación, que afecta a un gran número de personas. Como ya se ha señalado en apartados anteriores, la Orden Foral 3/2010 que regula el baremo de valoración aporta el instrumento para la valoración de las personas e introduce una nueva categoría de definición para estas personas, los dependientes sociales.

Se caracterizan por encontrarse en entornos de conflicto familiar o social, no tener soporte familiar o un soporte familiar deficitario, una escasa o nula red social, escasos recursos económicos y ausencia de vivienda o vivienda inadecuada (alquiler, pensiones, vivir en la calle...) y otros factores añadidos que agravan la situación como tener una discapacidad intelectual, enfermedad mental, consumo de sustancias, ludopatía, etc.

La Orden Foral 3/2010 sobre el baremo de valoración establece que esta situación de conflicto familiar grave o ausencia de soporte familiar adecuado provoca un alto riesgo en la cobertura de sus necesidades básicas, colocando a la persona en un estado de vulnerabilidad y fragilidad que exige una respuesta urgente a dicha situación.

Esta Orden Foral, junto con la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ley de Dependencia) suponen un marco normativo que da peso y reconoce las necesidades de atención de estas personas además de convertirlos en sujetos de derecho de unas prestaciones y recursos.

Por último, cabe incluir el Programa ResideN aprobado en Octubre de 2013 que supone una ampliación de los perfiles de atención en residencias para mayores de 65 años. Ofrece cobertura para los denominados dependientes sociales, es decir, personas mayores de 65 años que, sin tener un grado de dependencia, presenta problemas personales o familiares que les conducen al riesgo de exclusión social. A su vez, este programa también incluye a los discapacitados mayores de 65 años, cuyas necesidades de atención sean asimilables a los de un mayor con dependencia.

3.2. LEY 39/2006, DE 14 DE DICIEMBRE, DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAAD), regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia como derecho subjetivo de ciudadanía.

En ella se define la dependencia como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal” (art. 2.2).

Los principios básicos en los que se basa son los siguientes:

- Carácter público
- Universalidad en el acceso
- Atención integral e integrada
- Transversalidad de las políticas
- Valoración de las necesidades según criterios de equidad
- Personalización de la atención
- Medidas en los distintos niveles de atención (en el caso de servicios sociales atención primaria y especializada)
- Promoción de la autonomía
- Permanencia en el entorno
- Permanencia y sostenibilidad de los servicios
- Participación de usuarios y servicios
- Cooperación interadministrativa

Los beneficiarios de esta ley son toda persona en situación de dependencia:

- Menores de 3 años
- Personas con discapacidad intelectual y con enfermedad mental.

- Toda persona en situación de dependencia

En cuanto a la financiación, establece tres niveles: un nivel mínimo definido y financiado por la Administración General del Estado, un segundo nivel acordado entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas mediante convenios para el desarrollo y aplicación de las demás prestaciones y servicios de la Ley, y un tercer nivel de financiación que pueden desarrollar las Comunidades Autónomas.

Catálogo de servicios y prestaciones:

- Servicios (art. 15; arts. 21-25):
 - a) Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal
 - b) Teleasistencia
 - c) Ayuda a Domicilio: Atención a necesidades del hogar y Ciudadanos personales
 - d) Centro de Día o de Noche: centros de Día para mayores de 65 años y para menores de 65 años; Centro de Día de atención especializada; Centros de Noche
 - e) Atención Residencial: Residencia, personas mayores en situación de dependencia; Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón a tipos de discapacidad.
- Prestaciones Económicas:
 - a) Prestación económica vinculada al servicio (art.17)
 - b) Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (art.18)
 - c) Prestación económica de asistencia personal: incluye la contratación de un profesional (art.19)

Por último, establece tres tipos de grados de dependencia con los que una persona puede ser valorada según el baremo establecido y acceder a las determinadas prestaciones. Estos grados son:

- Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

3.3. ORDEN FORAL 3/2010, DE 14 DE ENERO, DE LA CONSEJERA DE ASUNTOS SOCIALES, FAMILIA, JUVENTUD Y DEPORTE, POR LA QUE SE REGULA EL PROCEDIMIENTO Y EL BAREMO DE VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN FAMILIAR PARA EL ACCESO A PLAZAS RESIDENCIALES DESTINADAS A LA ATENCIÓN DE PERSONAS MAYORES, DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL Y DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL O EN RIESGO DE ESTARLO

El Plan Estratégico de Servicios Sociales de Navarra aprobado por el Gobierno de Navarra y por el Parlamento de Navarra en el año 2008 establece que la ejecución de las medidas y acciones previstas en el mismo deberá estar orientada, entre otros principios, por el principio de preferencia de la atención a las personas más vulnerables, por lo que se llevarán a cabo medidas destinadas a ello.

Una de las actuaciones previstas en este Plan es la aprobación de la Orden Foral 3/2010, que tiene por objeto regular la valoración de la situación familiar para el acceso a plazas residenciales destinadas a la atención de personas mayores, de personas con discapacidad, de personas con enfermedad mental y de personas en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo.

En su artículo 1 establece que las personas beneficiarias son:

- Personas mayores de 65 años
- Menores de 65 años con discapacidad
- Personas con enfermedad mental con una edad comprendida entre 18 y 65 años
- Personas en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo, con edad comprendida entre 18 y 65 años, en situación de extrema necesidad y desprotección social.

El artículo 3 de esta Orden Foral considera que el encontrarse en una situación de conflicto familiar grave o ausencia de soporte familiar adecuado provoca un alto riesgo en la cobertura de sus necesidades básicas, colocando a la persona en un estado de vulnerabilidad y fragilidad que exige una respuesta urgente a dicha situación. Circunstancias que deberán ser constatadas por los Servicios Sociales correspondientes.

La solicitud de la valoración de la dependencia social (artículo 4) deberá presentarse el impreso normalizado existente, acompañado de un Informe Social emitido por el Servicio Social de Base correspondiente, la Escala de Valoración Social (Anexo II) de la Dependencia (la escala Zarit en los casos en los que la puntuación obtenida por la persona solicitante en la misma sea superior a 45 puntos).

Para la valoración, reconocimiento y acreditación (Artículo 6) de la Dependencia, una vez cumplidos los requisitos pertinentes (Artículo 2) se valorará su situación utilizando la Escala de Valoración Social de la Dependencia y se realizará una estimación económica de la persona solicitante (no debe superar 3,5 veces el IPREM en el caso de las personas dependientes y 2,3 veces el IPREM en el caso de las personas no dependientes).

Así pues, esta Orden Foral además de reconocer la asistencia personas en situación de vulnerabilidad o riesgo de estarlo, aporta un nuevo instrumento de valoración de la situación familiar para el acceso a plazas residenciales: la Escala de Valoración Social.

4. METODOLOGÍA

La metodología empleada en el trabajo es eminentemente cualitativa. Consta de un estudio comparativo a partir del análisis y extracción de información de los informes sociales de residentes de la Residencia para Personas Mayores El Vergel de Pamplona, y de los factores extraídos acerca de la dependencia social y la exclusión.

En lo referente al análisis de historias sociales, se ha seleccionado 11 expedientes de residentes de la residencia para personas mayores El Vergel de Pamplona de dependientes sociales con problemática de Salud Mental o Discapacidad. El fin de ello es conocer los antecedentes, razones e itinerarios y procesos de atención sociosanitaria de estas personas. Así como analizar si la institución residencial para personas mayores es el tipo de recurso apropiado o si cumple las necesidades de atención de estas personas.

Para la selección de expedientes se ha tenido en cuenta la totalidad de residentes de El Vergel que ingresaron con las características de dependencia social. Este colectivo que son aproximadamente 35 personas, supone una tercera parte de la capacidad total del centro (101 plazas), seleccionando a su vez para este análisis una muestra de un tercio de esa tercera parte de dependientes sociales (11 personas), de los ingresos de los últimos tres años.

El grupo está formado por 8 personas varones y 3 mujeres con edades comprendidas entre los 51 y los 87 años.

De este modo, las fuentes de información serán los expedientes e informes sociales de los residentes del centro a los que como alumna en prácticas he tenido acceso, y la propia experiencia personal durante estos dos últimos meses.

La información obtenida de este proceso metodológico y práctico aportará el contenido para el posterior análisis, extracción de datos y contrastación con el marco teórico expuesto, del que se extraerán los factores más relevantes que definen la situación de dependencia social y nos ayudan a detectar estos casos.

5. RESULTADOS Y ANÁLISIS

5.1. Análisis de resultados

Para el siguiente análisis de datos, de entre todo lo recogido anteriormente, se puede extraer los siguientes factores o elementos que ayudan a definir, delimitar y detectar las situaciones de vulnerabilidad y de exclusión social que definen a los dependientes sociales.

Los factores que puedo comparar porque aparecen en todos los expedientes son los siguientes:

- Entornos de conflicto familiar/social: son personas cuyo entorno familiar y social, las relaciones y la convivencia resultan conflictivas.
- Ausencia de soporte familiar/deficitario: gran parte de estas personas carece de familia o bien esta es escasa y en muchas ocasiones a pesar de tener algún familiar, la trayectoria personal de cada uno, las circunstancias, etc., han derivado en un deterioro de las relaciones y aun teniendo familiares la relación es nula o no se puede contar como relación de apoyo.
- Escasa/nula red social: las diversas circunstancias vitales de cada uno, la trayectoria de vida conflictiva y complicada han dificultado el establecimiento de relaciones con otras personas, o han ido perdiéndolas con el paso del tiempo.
- Situación económica: son personas con escasos recursos personales, formativos y su inserción en el mercado laboral a veces resulta complicado, al igual que el acceso por sí mismos a solicitar algún tipo de prestación o ayuda, o a buscar una salida laboral.
- Déficit en capacidades o competencias personales: muchas de estas personas son personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental, consumo de sustancias, ludopatía, falta de hábitos, etc., lo que agrava aún más su situación, o son estas situaciones las que ocasionan por ejemplo la falta de recursos económicos, dificulta el manejo de bienes y dinero o les impiden incorporarse a la sociedad.
- Ausencia de vivienda o vivienda inadecuada (alquiler, pensiones, calle...): la carencia de red social y/o familiar, de habilidades sociales y de recursos

El nuevo perfil en atención residencial para personas mayores

económicos conlleva que muchas de estas personas no tengan vivienda propia o bien que hayan pasado por viviendas en alquiler, viviendas proporcionadas por algún recurso o que se hayan visto obligados a vivir en la calle.

Por otra parte, como se ha hablado anteriormente, existen modelos de análisis de la exclusión social y se podría tomar como referencia el modelo planteado por Tezanos (1999) que realiza un análisis a partir de las cuatro zonas definidas por Castel (integración, vulnerabilidad, asistencia y exclusión) y unas variables de análisis. Las cuatro zonas del proceso de exclusión tienen en cuenta elementos como la situación laboral, el ámbito económico (ingresos escasos, irregulares, economía sumergida...), situación relacional (fragilidad, relaciones conseguidas por las iniciativas asistidas de inserción, aislamiento), sentimientos (miedos, falta de perspectivas...), actitudes básicas (desconfianza, resignación, pasividad, violencia...), y otros factores de riesgo que condicionan también el nivel de exclusión como:

- Inestabilidad económica, enfermedades, incertidumbres ante la vida, etc.
- Crisis familiares, ruptura de solidaridad de grupo, fracaso escolar, inadaptación cultural, minusvalías, etc.
- Alcoholismo, drogadicción, depresión, aislamiento, clausura social
- Enfermedades, accidentes, delitos, suicidios, etc.

Todos estos elementos son déficits que los dependientes sociales presentan en mayor o menor medida y que les sitúa en una situación de exclusión social y de marginación más o menos grave. La gravedad de la situación dependerá del número de carencias que tengan, o del nivel de déficit de cada área. Es decir, no es lo mismo tener familia y no tener recursos económicos, que estar en situación de aislamiento social y además carecer de vivienda, empleo, etc. Cada necesidad tiene su gravedad, pero son los casos más graves los que presentan carencias en varias de las áreas, y los que conducen a la situación de asistencia y exclusión, son los casos que ahora se denominan “dependencia social”, y son los que llegan a los centros institucionales para personas mayores.

Partiendo de todo ello, de los informes sociales seleccionados (ver anexos) de 11 usuarios residentes en la Residencia Para Personas Mayores de El Vergel de Pamplona se extraen una serie de conclusiones.

Para realizar el análisis se va a tomar como referencia los indicadores utilizados por Maite Martín Muñoz en su escala de clasificación de Necesidades Básicas, ya que la dependencia social se alimenta en gran medida de indicadores de exclusión social. A continuación, se incluye una tabla elaborada a partir de la información obtenida de los informes, señalando los déficits de Necesidades Básicas de cada individuo.

Tabla 3. Análisis de resultados

<i>Sexo</i>	V	V	V	V	V	V	V	M	M	V	M
<i>Edad</i>	51	51	64	65	65	65	66	66	74	75	87
<i>Información</i>											
<i>Habilidades sociales</i>											
<i>Autonomía física y psíquica</i>											
<i>Relación convivencial</i>											
<i>Organización de la unidad convivencial</i>											
<i>Formación</i>											
<i>Trabajo</i>											
<i>Nivel económico</i>											
<i>Vivienda</i>											
<i>Participación</i>											
<i>Aceptación social</i>											
<i>Enfermedad mental</i>											
<i>Dependencia alcohol</i>											
<i>Discapacidad/deficiencia</i>											
<i>Ludopatía</i>											
<i>Depresión</i>											
<i>Total déficits</i>	9	4	5	9	8	8	4	3	4	4	4

Fuente: elaboración propia

Procediendo al análisis de las carencias, en cuanto al primer ítem, *información*, cuatro personas presentan déficit en esta variable. Hace referencia al conocimiento que tiene la persona acerca de los servicios que ofrece el sistema público (educación, salud, seguridad social, servicios sociales, etc.), si conoce su funcionamiento o si accede a ellos de manera autónoma. Se da el caso en uno de los informes, de una mujer que durante toda su vida no había recibido asistencia sanitaria, y no formaba parte del sistema. Es una mujer de 87 años que ha dedicado toda su vida al cuidado de los demás, carece de formación y su objetivo de vida ha sido la austeridad y aprender a vivir con los mínimos recursos.

Señalar que de las tres mujeres de la muestra seleccionada (el total de mujeres que ingresan en la residencia por grave situación de dependencia social es mucho más inferior al de los hombres, no llega al 6%), dos de ellas presentan déficit en cuanto a información, y los otros dos son hombres y comparten la característica de esquizofrenia y consumo de alcohol.

Respecto a las *habilidades sociales*, éstas hacen referencia a la capacidad de mantener conversaciones (formular preguntas, dar las gracias, presentarse, etc.), de expresar y captar sentimientos o emociones (afecto, autorecompensarse, afrontar miedos, etc.), pedir ayuda, formular objetivos, resolver conflictos (escuchar, cambiar de conducta, soportar presión, no entrar en peleas, etc.) y a la adaptación a nuevas situaciones.

Tres personas presentan carencias en habilidades sociales, pero es significativo destacar que dos de ellos padecen esquizofrenia, enfermedad que juega un papel importante de manera negativa en el desarrollo de estas habilidades ya que les conduce al aislamiento social y afectivo y muchas veces no saben establecer la diferencia entre lo que es real o no, no dan respuestas emocionales normales ni saben cómo actuar en situaciones sociales.

La tercera persona que tiene dificultad en esta área padece dependencia al alcohol desde hace varios años, lo que ha contribuido a un aumento de su conflictividad y no dispone de red social. A nivel psicosocial el alcoholismo es una patología que deteriora las relaciones familiares y la manera de relacionarse, presentan una mayor irritabilidad y fomenta la aparición de conflictos y el abandono de la familia.

La variable *autonomía física y psíquica*, déficit que se presenta en tres individuos, mide el grado de autonomía de ayuda que necesitan. Todos son funcionalmente válidos para valerse por sí mismos, pero algunos de ellos, por falta de hábitos, por encontrarse en una situación de fragilidad o por padecer alguna patología (esquizofrenia, deficiencia mental o dependencia al alcohol) requieren de una supervisión de las actividades de la vida diaria, algunas continuada y otros solo requieren una reeducación en hábitos para reaprenderlos. La pérdida de los hábitos es consecuencia de la dejadez que produce el alejamiento de los vínculos familiares y sociales y el deterioro de la imagen personal. Sufren tal deterioro en todos los ámbitos que pierden la capacidad o motivación para su autocuidado.

En cuanto a la *relación convivencial*, siete de las personas de la muestra presentan carencias en este aspecto. Las dificultades van desde vivir solo, no tener relaciones familiares, tener una unidad convivencial en conflicto, ruptura de relaciones, unidad convivencial incompleta por la ausencia de miembros, la institucionalización, etc. Son un alto número de personas las que tienen déficit en este ámbito, por trayectorias de vida complicadas, por tener alguna patología que dificulta la convivencia o las relaciones, como se ha mencionado más arriba. Las personas con dependencias sufren las consecuencias en el ámbito familiar: peleas, malos tratos, abandono de la familia o divorcio. Además a nivel personal, pueden encontrarse en un estado de ánimo depresivo, se acostumbran a mentir y rechazan la relación de ayuda.

En el área de la *organización convivencial* intervienen elementos como la alimentación (desorganización de horarios, alimentación inadecuada, etc.), la higiene tanto personal como de la vivienda, y la administración económica.

Siete de ellos presentan déficit en esta área, aunque otros que no son señalados como carentes de lo relacionado con la organización convivencial, sí que requieren algún tipo de ayuda, principalmente en el aspecto de la gestión económica, ya que es un tema complicado de manejar para ellos y de lograr ser autónomos en la distribución de su dinero. La gestión económica semanal es uno de los principales objetivos al ingresar en el centro, ayudarles a distribuir su dinero semanalmente.

La *formación o educación* es un elemento en el que muchos presentan carencia. Siete de los residentes seleccionados no han cursado un nivel de estudios elevado, tienen El nuevo perfil en atención residencial para personas mayores

estudios primarios básicos. Su origen humilde, historia de vida complicada, no les han permitido dedicar espacio a su formación, no han presentado interés en ello o se vieron en la necesidad de trabajar desde jóvenes.

En el área del *empleo* tres de ellos/as tienen un déficit en este ítem. A la fecha de ingreso no estaban empleados/as, aunque a lo largo de su vida sí que han tenido trayectoria laboral. Los empleos han sido sin cualificación o con estudios primarios o de primer grado (servicio doméstico, obrero, campo, empresa, automóvil, etc.). Actualmente el tema empleo está cubierto ya que están jubilados o prejubilados, o bien reciben pensión de incapacidad. Destacar que el estado de salud condiciona las posibilidades de inserción laboral, así como sus patologías mentales o adicciones. En el caso del alcoholismo o de ludopatía muchos han visto perjudicados sus empleos.

Los *recursos económicos* son un indicador clave en la consideración de las personas dependientes sociales. El baremo económico es el principal “requisito” a tener en cuenta para poder ingresar en el centro residencial. Para ello no deben superar cierto nivel económico (3,5 veces el IPREM en el caso de las personas dependientes y 2,3 veces el IPREM en el caso de las personas no dependientes). En la mayoría de los casos esto no supone una barrera porque el disponer de un bajo nivel de recursos económicos es una de las características de estas personas. En la tabla podemos observar que ocho de ellos tienen un déficit en este aspecto.

Los que no, se debe a disponer de cierta cantidad de ahorros, y coinciden que son las mujeres. En el caso femenino, no han tenido como los otros cinco usuarios historia de adicciones y la gestión económica no se ha visto tan afectada. El hecho de padecer algún trastorno mental dificulta la capacidad de gestión y los consumos y adicciones tienen como una de las consecuencias la pérdida de control sobre el dinero del que disponen, muchas de estas personas tienen deudas pendientes, embargos, principalmente por la mala gestión.

El área *vivienda* es otra de las principales carencias. Ocho de los/as once presentan necesidad en este aspecto, carecer de una vivienda estable ha llevado a pasar por diversos recursos, entre los que han intervenido pensiones, albergues municipales, acogimiento en casa de algún familiar, alquiler de pisos o habitaciones, pisos de acogida, recursos de Cáritas, pisos funcionales o viviendas comunitarias. El otro

número de personas que sí disponían de vivienda no reunían las condiciones de habitabilidad óptimas, o no estaba adaptada y había barreras arquitectónicas.

Las personas dependientes sociales tienen un entorno social y relacional reducido y una dificultad para las habilidades sociales, y la *participación* es un área que supone una necesidad para algunos de ellos/as. Este factor incluye la participación en organizaciones vecinales, movimientos sociales, religiosos, políticos, o incluso el aislamiento por temas de cultura, internamiento, patologías, etc.

Por último, la *aceptación social* es un reto para estas personas, y en cuanto al conjunto de la muestra seleccionada, se ven más afectados los hombres. Hace referencia a la discriminación, ya sea por enfermedad con estigma, como es el caso (alcoholismo, ludopatía, esquizofrenia), disfuncionalidad familiar, religión, estilo de vida alternativo, etc. Padecer de enfermedades mentales provoca un rechazo por parte de la sociedad, muchas veces por desconocimiento.

En definitiva, la mitad de ellos tienen o han tenido dependencia al alcohol, o al juego hecho que les ha derivado en una ruptura de los vínculos familiares y sociales, que además ha perjudicado a su vida laboral. Por un lado haciéndoles perder el empleo y por otro suponiéndoles un deterioro de su imagen personal y de su autopercepción, negativizando su visión de futuro. Este tipo de adicciones supone un gran impacto en todos los ámbitos de sus vidas, dejándoles sin red social ni familiar de apoyo, desprotegidos, y a su vez vulnerables y se convierten en sujetos que no saben cómo pedir ayuda cómo salir de esa situación. El problema de las adicciones supone un constante conflicto familiar, tanto por parte de las personas que la padecen, como por los familiares, puesto que afecta a su forma de actuar, convirtiéndose en una persona difícil de tratar y conflictiva muchas veces. La familia o entorno, quien llega a un punto en el que no puede luchar más por su familiar o ser querido.

Muchos de ellos carecen de vivienda o si la tienen porque poseen un piso en propiedad heredado, generalmente se encuentra en malas condiciones de habitabilidad. Los que no, han pasado por todo tipo de recursos y servicios e incluso han llegado a vivir en la calle.

Todo esto además de perjudicar su calidad de vida y todo lo ya señalado, socialmente tiene una gran repercusión, son “alcohólicos”, “sin techo”, etc., haciendo difícil su reinserción aunque quieran dar ese paso, privándoles de la participación social.

Sufrir de algún problema de salud (diabetes), patologías de salud mental (depresión, esquizofrenia) o discapacidad, unido a todas las carencias señaladas dificulta afecta doblemente a su situación y resalta la necesidad de supervisión y apoyo, para evitar que sea un riesgo para su salud.

5.2. Proceso de ingreso

Respecto al proceso de ingreso, el detonante que hizo a todos dar el paso (o a los familiares) de ingresar en el centro residencial fue por algún tipo de complicación de la salud. En unos casos fueron las malas condiciones de habitabilidad, higiene, alimentación, mal control de medicación, etc., que derivaron en una señal de alarma y de tomar las riendas de la situación. En la mayoría de casos es la familia o de personal sanitario quienes deciden dar el paso de buscar un recurso que les haga reconducir su vida.

Antes de ingresar en el centro muchos de ellos han pasado por otros recursos. Han intervenido desde Proyecto Hombre, Centro San Miguel, Centros de Salud Mental, Xilema, Cáritas, Sin Fronteras, Padre Meni, Asociación Aralar, o Infanta Elena, para la atención de sus diversas situaciones personales (alcoholismo, ludopatía, esquizofrenia, etc.). En varios casos, a pesar de haber ingresado en El Vergel siguen manteniendo el contacto con alguna de estas asociaciones para continuar con el tratamiento, porque se han convertido en referentes para otras personas en su misma situación y quieren colaborar una vez rehabilitados, o bien porque han entablado amistades y relaciones positivas y han construido una red social de apoyo.

Tras dar el paso de la institucionalización, las consecuencias de todo esto en cuanto al proceso de atención que necesitan desde lo profesional se convierten en una mayor carga asistencial, dado que requieren un mayor seguimiento tanto al principio como a lo largo de la estancia. Hay una serie de necesidades detectadas en cada caso.

Las áreas en las que se interviene son las siguientes, aunque dentro de cada caso personal puedan surgir necesidades particulares:

- Educación de hábitos: aseo e higiene personal, alimentación, mantenimiento de la habitación y enseres, organización de horarios.
- Gestión económica y control de ingresos: planificación del dinero semanal, control de sus ahorros, pagos, deudas, cuentas bancarias.
- Acompañamiento: gestiones bancarias, gestiones de citas médicas, gestión médica, etc.
- Mediación de conflictos
- Tramitación de recursos
- Seguimiento social continuado: citas con T.S. semanales

Tabla 4. Necesidades de intervención

<i>Sexo</i>	V	M	V	V	M	V	V	M	V	V
<i>Edad</i>	61	66	65	65	87	64	65	74	66	51
<i>Educación hábitos</i>										
<i>Gestión económica</i>										
<i>Acompañamiento</i>										
<i>Mediación/habilidades sociales</i>										
<i>Tramitación de recursos</i>										
<i>Seguimiento social continuado</i>										

Cuando ingresan en la institución todos ellos vienen con una determinada situación, muchos como ya se ha mencionado, tras una crisis personal o de salud, movidos por la carencia de una vivienda, por la necesidad de poner orden en su vida, etc. Muchas veces son personas complicadas a las que les cuesta el cambio a una vida organizada y estandarizada y con normas, aunque el rasgo común es que su vida no era del todo plena, o bien estaba muy desorganizada o tenían algunas carencias.

La observación a lo largo de la experiencia personal durante las prácticas ha revelado que la evolución global de cada residente es positiva y supone una mejora en varios aspectos. Se ven satisfechos/as con el hecho de tener un hogar, una serie de personas que constantemente muestran interés por ellos y que confían en su capacidad de

El nuevo perfil en atención residencial para personas mayores

superación, ven cubiertas sus necesidades de alimentación y tema sanitario, que se traduce en una importante mejoría de las personas que venían de la soledad y desestructuración, cuya salud estaba en un estado precario. A través del contenido de los informes médicos, del seguimiento continuado por parte la trabajadora social y de los registros diarios en el sistema se puede constatar que muchas de las patologías sufren una mejoría. También señalan que se encuentran más animados y acompañados, además de que su mejoría general y dar el paso hacia el cambio, sobre todo en personas con pasado de consumos o ludopatías, hace que sus familiares retomen la relación con ellos, convirtiéndose en un pilar de apoyo.

Ingresar en la institución les permite ganar autonomía para poder dedicarse a sí mismos a fortalecerse tanto ellos como las relaciones. Aprenden a ver la necesidad de llevar una vida responsable y organizada, además de que experimentan las gratificaciones que produce poder disponer de su dinero diariamente, sin pasar malos momentos.

Como ejemplo de superación y de optimismo, destacar a uno de los residentes seleccionados, hombre de 64 años, con historia de consumo de alcohol, divorciado y con ruptura de la relación con su hijo por su adicción. Ha residido en pensiones y albergues. Desde inicios de 2012 retomó contacto con el Centro de Salud Mental, y desde entonces se ha mantenido abstinente y comenzó a reorganizar su vida. Es entonces cuando se ve intensificada la relación con su hijo, con quien vivía los meses anteriores a decidir ingresar en El Vergel.

Ingresó en el centro el 24 de julio de 2012 de manera voluntaria, tras verse sin vivienda propia y con ganas de comenzar de nuevo y no ser una carga para su hijo. La institucionalización para este hombre ha supuesto lo que esperaba, el comienzo de una nueva vida, organizada. Forma parte activa de la residencia, desarrollando una labor como voluntario, encargándose del acompañamiento médico de otros residentes, colaborando en las tareas de la residencia como auxiliar en muchos casos y prestándose a ser parte activa de la vida en el centro. Ha retomado los vínculos familiares, ha hecho amistades y utiliza el centro residencial como su propio hogar, con el que actúa como tal, manteniendo su autonomía personal.

Como he comentado, es uno de los ejemplos de superación y aprovechamiento del recurso, habiendo pasado por una trayectoria de vida complicada y con un entrono social y familiar deteriorado.

5.3. Adecuación del recurso

Otro de los puntos importantes a tratar de este trabajo es la adecuación de este tipo de recurso, la institución residencial para personas mayores, a este nuevo perfil de personas. Es aquí donde se detectan los aspectos carenciales o negativos del recurso. El centro residencial para personas mayores está ideado para unas edades que comprenden los 65 y los 95 años, mientras que este nuevo colectivo de personas entra a este recurso con edades a partir de los 60 años o incluso casos más jóvenes (a partir de 50 años). Son personas que aun podrían encontrarse en edad de trabajar, son jóvenes, muchos no cumplen los requisitos de jubilados, y a pesar de sus situaciones problemáticas personales y particulares, son personas válidas funcionalmente, capaces, con un mínimo de apoyo, de autogobernarse, y que durante toda su vida, han sido válidos por sí mismos. Llegan de repente a una institución en la que en ciertos aspectos su autonomía se ve limitada, se tienen que adaptar a un ritmo y rutinas, y pasan a estar bajo un mayor control, como por ejemplo en temas de horarios, comidas, médicos e incluso control económico. A su vez, llegan a un lugar que se convierte en su “casa”. En los casos en los que carecían de hogar esto supone un impulso y una mejora (aunque vienen de una rutina diaria sin horarios ni normas) pero hay también personas que vienen de su propia vivienda y el dejar ésta y entrar en la residencia puede crear reticencias y ser difícil su adaptación.

A su vez, otro aspecto a tratar es el diseño del centro residencial, pensado para personas envejecidas y sus actividades de *ocio* y *servicios* están diseñados hacia ello. Los programas de terapia y ocio incluyen actividades como talleres de memoria, manualidades (pintar, coser, ganchillo...), cine de la época, bingo, etc. y otros como gimnasia, en su mayoría son actividades orientadas para personas con edades avanzadas.

Con esto se quiere señalar la necesidad de adaptación o ampliación de las actividades de los centros o el planteamiento de otro diseño institucional. Muchas veces este tipo

de personas no logran su completa adaptación al centro por no encontrar su momento de ocio, ya que estarían interesados en otro tipo de actividades (ebanistería, taller de manualidades más elaborado, uso de herramientas...).

Por otra parte, como ya se ha mencionado, son personas cuyos *hábitos de vida diaria*, de higiene, horarios, control económico, etc., están desestructurados o no saben manejarse adecuadamente y necesitan supervisión, educación en hábitos y seguimiento. A todas las personas que ingresan en la residencia se les lleva a cabo un seguimiento más o menos continuado, pero estas personas necesitan más atención diaria y por sus necesidades personales son más demandantes y siempre se tiene una mayor atención.

El *equipo de profesionales* del centro está formado por personal sanitario, cuidadores/as fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y trabajadora social. Ya se ha hablado de la importante carga asistencial que presentan los nuevos ingresos de personas válidas con dependencia social, ya que muchas de las personas que ingresan provienen de entornos conflictivos, sin hábitos de higiene, vestido, descanso, etc. Además es necesario añadir también que entre las nuevas personas que ingresan se encuentran también personas válidas con una importante discapacidad intelectual y/o enfermedad mental asociada o no, con consumos de tóxicos, ludopatía, etc.

Estos perfiles necesitan de una mayor labor de seguimiento, no solo en el periodo de adaptación al centro, sino en muchas ocasiones en la vida diaria, ya que un porcentaje de las personas residentes no dependientes no pueden ser considerados autónomos para las actividades de la vida diaria y necesitan un seguimiento en el control de su ropa, enseres, armario, y un acompañamiento en la realización de sus actividades diarias.

La profesional del trabajo social es en la que recae principalmente la labor de seguimiento social de los residentes, puesto que trabaja tanto a petición propia, como a demanda. Diariamente está en contacto con los usuarios que acuden a su despacho tanto por necesidad de hablar, orientación, mediación familiar, por la gestión económica, por alguna situación de malestar con otros/as residentes, etc. Es decir, la dinámica del día a día permite llevar un seguimiento diario de la evolución.

La trabajadora social trabaja en permanente coordinación con el resto del equipo, además de las reuniones, haciendo uso del teléfono. La correcta atención de los usuarios/as requiere estar al corriente de la situación sanitaria y social. Uno de los puntos negativos de las múltiples funciones que realiza la trabajadora es muchas veces el exceso de tareas, que a menudo no son de su competencia. El personal sanitario tiene delimitado que sus competencias son exclusivamente las de la salud, el administrativo las suyas, y así con cada miembro, pero muchas veces en la trabajadora social recaen aquellas que no son de competencia de los demás pero que necesitan ser realizadas (avisos a familiares de citas medicas de los residentes, avisos de necesidad de comprar ropa, necesidad de comprar una silla de ruedas, impagos, etc.). Esto conlleva una importante responsabilidad y además resta tiempo para cumplir adecuadamente con las funciones principales: asesorar, diagnóstico sociofamiliar, realización de planes individualizados, intervención grupal, actuación con familias, coordinación con otras entidades, fomento de la participación de los residentes, etc.

En cuanto a la labor de coordinación con otros recursos, como ya he mencionado, algunos/as residentes mantienen el contacto con asociaciones a las que pertenecían antes del ingreso, bien como método terapéutico o rehabilitador o como servicio de ocio. Otras personas, como las tuteladas, requieren estar en constante contacto y coordinación con la Fundación Tutelar, para informar de su seguimiento, llevar al día las cuentas, solicitar permisos, etc.

También, debido a la carencia de entorno familiar y social que presentan, requieren manejar el área voluntariado. Se hace uso de ello para acompañamientos a consultas médicas, en ocasiones a compras, y existe otro tipo de voluntariado que ocupa un espacio de ocio, ya que acude semanalmente a hablar con residentes y ocupar tiempo de ocio. En esta área también requiere un seguimiento cada cierto tiempo para comprobar la satisfacción de los y las residentes con el voluntariado, detectar posibles fallos o comprobar su utilidad.

Otro aspecto importante a incluir en el nuevo diseño de la institución sería tener en cuenta de una manera más estructurada e insertada en los procesos habituales de trabajo, el trabajo con las familias ya mencionado, que aunque en muchos casos es un recurso escaso ya que son personas cuya red familiar en ocasiones supone una

El nuevo perfil en atención residencial para personas mayores

carencia, sería óptimo realizar tareas de integración y de potenciación de esos vínculos, haciéndoles partícipes de la vida en residencia y contribuyendo a la no ruptura con esa parte de la vida de los residentes, tomándola como un factor de apoyo.

Por todo ello, por la sobrecarga de tareas de la trabajadora social, y por la importancia de rediseñar la plantilla del centro ante esta diversificación del perfil de atención, no solo es necesario consolidar los puestos de cuidadores/as de personas válidas, sino también incorporar la figura de un educador/a social que sea responsable de la intervención socioeducativa y de acompañamiento en aquellas situaciones en las que la adquisición de habilidades es fundamental. Este/a profesional se convertiría en una figura referencial para las personas residentes desde su llegada al centro, convirtiéndose modelo de comportamiento, mediador y protector, facilitador de recursos y generador de experiencias.

Así mismo, desarrollaría el conjunto de actividades educativas relativas a los hábitos de cuidado, las funciones normativas y de autoridad, transmitiéndoles valores y normas sociales.

Otra de las incorporaciones profesionales al equipo del centro sería la figura del psicólogo/a para atender a la mejora de las necesidades psíquicas de las personas residentes y contribuir a la toma de habilidades y la detección de problemáticas. Sería óptimo ya que sería un profesional más de referencia que participaría en el proceso adaptativo de los residentes, los cuales como se ha hablado, presentan patologías del ámbito de la psicopatología, por lo que un profesional de este campo ayudaría a Realizar la valoración y tratamientos psicológicos de patologías y a establecer estrategias de intervención conductual y emocional.

Su labor consistiría en mejorar las capacidades y habilidades de las personas o grupos para tomar las riendas de su realidad social y poder hacer frente adecuadamente a conflictos que se les presenten y encontrar soluciones de manera autónoma. Además formaría parte de la labor de seguimiento psicosocial de cada residente y desarrollaría un conjunto de tareas encaminadas a impulsar a estas personas en su empoderamiento, contribuyendo a reducir o prevenir las situaciones de riesgo social y

personal y promover el bienestar ya sea solucionando problemas o promocionando la calidad de vida.

Por último, hablar del uso de recursos externos como asociaciones, centros, lugares de ocio, etc. con los que poder coordinarse de manera más activa, para ofrecer más posibilidades de ocio a los residentes, ampliando su abanico de opciones y convirtiéndoles en sujetos más activos, sin cerrar su círculo únicamente al centro residencial.

6. CONCLUSIONES

El presente trabajo ha pretendido realizar un acercamiento a la realidad de la exclusión social, la dependencia social y su asistencia en la atención residencial para personas mayores, al diversificarse el perfil de atención que da cabida este recurso.

Se han logrado cumplir los objetivos establecidos: conocer las características, necesidades, factores que definen la dependencia social, analizar la atención residencial y conocer el proceso de atención.

La hipótesis de este trabajo consistía en el cuestionamiento de si la Institución residencial destinada a personas mayores es una alternativa asistencial adecuada para el nuevo perfil de personas que están llegando a este tipo de recurso (con características tales como su juventud, su consideración como dependientes sociales, con problemas de salud mental o carencia de recursos) y para ello se ha llevado a cabo el análisis de las características y necesidades, tomándolas como variable para ponerlas en relación con la oferta de atención que ofrece el servicio residencial y así determinar su adecuación y las propuestas de mejora, tanto en el diseño del recurso como en la plantilla de profesionales.

La reforma del programa Conderdep (2009) y la aprobación del ahora vigente programa ResideN ha modificado el perfil de personas que se atienden en los centros residenciales para personas mayores, incluyendo ahora a los llamados “dependientes sociales”. Un nuevo perfil de atención supone unas nuevas características y unas nuevas necesidades.

Además, el concepto “dependientes sociales” es una nueva denominación creada tras la aprobación de la Orden Foral 3/2010 que regula el baremos de valoración. Esto les permite además ser reconocido el derecho a poder optar a solicitar entrada en un centro institucional.

Por otra parte, se han extraído los factores más relevantes que condicionan la realidad de estas personas así como su incidencia en su salud y en su calidad de vida. Como último punto se ha hecho referencia al diseño institucional y su adecuación o no a este nuevo perfil, haciendo alusión a las limitaciones y a la necesidad de un rediseño e incorporación de cambios.

Asimismo, el marco teórico ha aportado el contenido para el posterior análisis, además de permitir observar la relación existente entre exclusión social y dependencia social. Como señala Cabrera (2009), también ha permitido ver el que efecto que tiene el deterioro de la salud en las personas vulnerables y los excluidas es diferente del efecto que tiene las integradas.

Se han aportado los elementos pertinentes relacionados con estas situaciones, como lo es la salud mental. Se ha hablado de los “grupos de riesgo” que Galve señala (2013): los jubilados/as, las mujeres mayores de 40 años, los varones mayores de 50 años con escaso nivel educativo y de clases socio-económica baja; y también destaca el 25% de la población, que requiere algún tipo de asistencia psicológica pero que viven en sus casas en malas condiciones, con una familia que los oculta, y que han agotado su paciencia emocional. Ambos grupos de riesgo se corresponden con el colectivo de personas a las que se refiere este trabajo.

A nivel metodológico se han aportado varios modelos análisis de situaciones de exclusión social. Por un lado Tezanos (1999) suministra un método para el estudio de procesos de exclusión social utilizando las cuatro zonas definidas por Robert Castel. Plantea que el análisis de cada una de estas zonas debe atender a un conjunto de variables: laborales, económicas, culturales, sociales e individuales. Condicionan el paso de la integración a la exclusión social. Estos elementos sirven a su vez para definir las situaciones de dependencia social, ya que exclusión y dependencia social guardan un patrón similar.

Es por esto que para el análisis de los informes sociales recogidos se ha contrastado la información con la clasificación de las necesidades básicas realizada por Maite Martín Muñoz en su *Manual de Indicadores para el Diagnóstico Social (2013)*, que actúan como indicadores para determinar el nivel de carencias que tiene una persona (Información, habilidades sociales, autonomía física y psíquica, relación convivencial, organización de la unidad convivencial, formación, trabajo, nivel económico, vivienda, participación y aceptación social).

Nos encontramos ante unas personas que provienen de un entorno en el que no dispone de familiares o personas comprometidas en su cuidado, son personas que no aceptan supervisión, mantienen o han mantenido relaciones conflictivas con su El nuevo perfil en atención residencial para personas mayores

entorno, carecen de recursos económicos o tienen recursos económicos escasos, y no disponen de vivienda o bien la tienen pero se encuentra en malas condiciones habitabilidad. Todo esto muchas veces con el añadido de padecer alguna discapacidad, problema de salud mental o algún tipo de adicción (sustancias o juego).

Los resultados del análisis han reflejado que las necesidades más destacadas se corresponden con las áreas de la relación convivencial (ya que o carecen de familia/entorno social o es una relación conflictiva), la organización de la unidad convivencial (mantenimiento de su autocuidado), el nivel de formación (tienen estudios primarios), el nivel económico (principal déficit), la vivienda y la aceptación social.

Son personas funcionalmente válidas pero que a pesar de ello llegan a necesitar un mayor seguimiento y atención continuada así como una educación en hábitos y en habilidades sociales. Es un factor importante el tema de la educación en hábitos y en fomentar su propio autocuidado, ya que en la mayoría de los casos el carecer de la habilidad para su autogobierno es lo que les ha provocado el deterioro de su estado de salud y lo que ha dado la señal de alarma a su entorno y les ha llevado necesitar de este recurso. La familia, como se ha dicho, es escasa, existe una relación conflictiva, o simplemente no sabe cómo actuar.

A pesar de la modificación de la normativa y reconociendo su derecho a hacer uso del recurso institucional para personas mayores, no se les ha dado la atención que precisan. Es necesario un replanteamiento de sus necesidades y de la adecuación de los recursos existentes, en este caso de los centros residenciales para personas mayores, ya que si este va a ser el lugar en el que estas personas van a ser atendidas y se ha cambiado la normativa, los requisitos de acceso y el perfil de las personas, es necesario también llevar a cabo una remodelación del propio recurso institucional, inicialmente creado para un tipo concreto de personas que ahora se ha diversificado.

Es necesario por otra parte el rediseño de la institución con la incorporación de la figura de un/a educador/a social, un/a psicólogo/a, y la ampliación del abanico de actividades dando cabida a otras actividades de ocio, al diseño de un programa de intervención con familiares y al fomento del uso de recursos externos que no limiten la

vida de los residentes exclusivamente al centro residencial, convirtiéndose en una institución de carácter abierto.

Por último, mencionar la posibilidad en los casos de dependencia social de ser considerada la opción de la atención residencial como medida temporal (aunque siempre existe la posibilidad de entrar de manera temporal o de dejar el centro cuando se desee), recalcando esta posibilidad, y sirviendo como recurso rehabilitador hasta la reestructuración de hábitos o la reorientación de su vida y reestructuración familiar.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- La Parra Casado, D. *El impacto de la exclusión en la salud: una forma de violencia estructural*. Dpto. Sociología II, Didáctica, Comunicación y Psicología. Universidad de Alicante.
- Laparra M., Pérez, B. (2009). *Exclusión social en España*
- Marmot, M.; Wilkinson, R.G. (1999). *Social determinants of health (Los determinants sociales de la salud)*. Ed. Oxford.
- Martín Muñoz, M. (2013). *Manual de Indicadores para el Diagnóstico Social*.

8. ANEXOS

A. Anexo I: informes de residentes de El Vergel

Informe 1

Hombre, 61 años (Dependencia alcohol)
--

Antecedentes:

Hombre de 61 años, divorciado desde hace 15, con larga historia de consumo de alcohol, vivía solo en piso en propiedad. Últimamente vivía en muy malas condiciones, alcohol, desorganización, etc. Ingresó en hospital de Navarra y después en San Juan de Dios hasta ingreso en residencia.

Situación sanitaria:

- Estuvo en tratamiento en Proyecto Hombre dos veces: una durante 18 meses y otra durante 9.
- Lleva 4 meses abstinente.
- Necesita apoyo para ABVD (aunque no es dependiente).

Situación familiar:

- Divorciado
- Apoyo de una hija pero con límites
- No tiene más red social

Situación económica/laboral:

- Subsidio de más de 55 y RIS (solicitada prejubilación)
- Larga trayectoria laboral hasta hace 6 años por cierre de la empresa.

Situación social:

- Poca red social
- Hace un año perdió a un buen amigo

Informe 2**Mujer, 66 años (Discapacidad)****Antecedentes:**

Nacida en Pamplona. Vivió con sus padres en México, junto con un tío suyo. Tras el fallecimiento de su padre se trasladó con su madre a vivir a Pamplona. Falleció su madre hace 20 años. En 1995 ingresó en Piso Funcional en Mendebaldea (ANAP), donde ha residido hasta ingreso en residencia.

Situación sanitaria:

- No dependiente
- 66% Discapacidad (minusvalía psíquica media-alta)
- Sobrepeso (mejorado mucho desde ingreso)

Situación familiar:

- No tiene familiares cercanos.
- Mantiene relación telefónica con una tía y prima.
- Buen contacto con una amiga y con la antigua compañera de piso.

Situación económica/laboral:

- PNC invalidez
- Tiene ahorros
- Ha trabajado en Tasubinsa, ahora acude a la unidad de envejecimiento prematuro para el mantenimiento de las capacidades.

Situación social:

- Amiga: fines de semana, meriendas
- Compañera piso: cine los domingos

Informe 3**Hombre, 65 años (Depresión + dependencia alcohol)****Antecedentes:**

Conocido en Servicios Sociales desde 1994 por su problemática con el alcohol y falta de recursos económicos.

Ha conseguido estar abstinente durante largas temporadas, cuando acudía a San Miguel.

Situación sanitaria:

- EPOC grado 3
- Dependencia alcohol
- Depresión
- Válido ABVD

Situación familiar:

Soltero. Tiene hermanos en Pamplona pero desde el fallecimiento de su madre en 1989 no mantiene relación con ellos. No tiene contacto de ningún familiar y amigo.

Situación económica/laboral:

- Pensión incapacidad
- No tiene vivienda (recorrido por pensiones, recursos de Cáritas y viviendas en alquiler y alquiler de habitaciones).

Situación social:

Persona con trayectoria de consumo/abuso de alcohol, desarraigada y con ausencia total de red social.

Apoyo: Centro San Miguel y educadores de calle.

Informe 4**Hombre, 65 años (Esquizofrenia + Dependencia alcohol + Ludopatía)****Ingreso: 3/05/2013****Antecedentes:**

Hombre de 65 años que siempre ha residido solo en un pueblo de Navarra. Trayectoria de consumos y de ludopatía. Ha vivido siempre en precarias condiciones. Tiene reconocida la incapacidad absoluta desde hace muchos años. Ingresa en residencia **tras varios ingresos por insuficiencia respiratoria.**

Situación sanitaria:

- Esquizofrenia
- Diabetes Mellitus II
- Válido ABVD (aunque falta de hábitos)
- Dependencia alcohol y consumo tabaco
- Ludopatía

Situación familiar:

Aunque son 7 hermanos, el principal apoyo lo tiene de 2 de ellos y principalmente de su cuñada.

Situación económica/laboral:

- Pensión incapacidad absoluta
- Vivienda en propiedad
- Hasta la crisis que sufrió trabajó en pinturas, obras, monte, pastor.

Situación social:

- Buenas relaciones del pueblo.

Informe 5**Hombre, 75 años (Ludopatía)****Ingreso: 11/03/2014****Antecedentes:**

Hombre de 75 años con antecedentes de problemática con el juego. Sufre de problemas de ludopatía desde hace 30 años. Divorcio y problemática de relación con los hijos derivado de su adicción.

Ha vivido en patronas hasta entrar en vivienda comunitaria del Ayuntamiento hace 4 años.

Situación sanitaria:

- Autónomo ABVD
- Ludopatía (controlada)
- Tabaco

Situación familiar:

- Dos hermanos:
 - Hermano en Puente – mucho contacto
 - Hermana en Pamplona – contacto esporádico
- Divorciado
 - 3 hijos: apoyo de uno de ellos, con los otros no tiene contacto.

Situación económica/laboral:

- Trabajó en un taller de automóviles hasta hace 30 años, cuando comenzó a tener problemas con el juego. Posteriormente trabajó en el Ayuntamiento.
- Cobra pensión jubilación
- No tiene bienes

Situación social:

- Acude a la asociación Aralar una vez por semana, tiene mucho vínculo.
- Relación con vecinos del barrio

Informe 6**Mujer, 87 años (Dependencia social: control económico, ausencia apoyo)****Ingreso: 28/05/2012****Antecedentes:**

Vivió en Lumbier hasta los 17 años. Es la pequeña de 4 hermanos. Vino a Pamplona a trabajar en Servicio Doméstico. Trajo a sus padres para cuidarles hasta su fallecimiento. No mantuvo relación con sus hermanos/as.

Situación sanitaria:

- Carecía de cobertura sanitaria, nunca había recibido asistencia sanitaria.
- Autónoma para las ABVD.
- Limitación de visión en ambos ojos por cataratas

Situación familiar:

No tiene relación con la familia. Vivienda con condiciones mínimas, carece de agua caliente, no tiene electrodomésticos, acude al comedor social, etc.

Situación económica/laboral:

- No tiene ingresos fijos mensuales.
- PNC invalidez
- Ahorros
- Vivienda en propiedad

Situación social:

- Mantiene relación con otras vecinas
- Apoya a otras que tienen dificultades de autovalimiento

Informe 7**Hombre, 64 años (Dependencia alcohol)****Ingreso: 24/07/2012****Antecedentes:**

Consumo crónico de alcohol. Contacto con Centro de Salud Mental en 2004 y 2007, pero sin realizar tratamiento. En 2012 retoma contacto y se mantiene abstinente en la actualidad. Según indican desde asociación Xilema, mantiene vida organizada y buenos hábitos.

Situación sanitaria:

- Independiente en ABVD
- Cardiopatía isquémica
- Hipoacusia
- Abuso crónico alcohol (7 meses abstinente)
- Tabaquismo

Situación familiar:

Divorciado desde hace varios años. Relación puntual con su hijo que se ha intensificado últimamente debido a la abstinencia de alcohol.

Relación puntual con sus dos hermanos y mala relación con cuñadas.

Situación económica/laboral:

- Subsidio + 55 años
- Residiendo en pensión, albergue, y en casa de su hijo antes de ingresar.

Situación social:

- Come en comedor municipal
- Cuenta apoyo educadores de calle Xilema

Informe 8

Hombre, 65 años (Esquizofrenia paranoide, deficiencia mental (55%), consumo alcohol)

Ingreso: 14/04/2014

Antecedentes:

Nacido en Monteagudo. Tras fallecimiento de la madre, él y sus tres hermanos acudieron a orfanato. Posteriormente residiendo en diversos sitios de España, mediterráneos principalmente.

En los años 80 vuelve a Pamplona (pensiones, viviendas de alquiler, etc.).

En 1998 ingresa en piso de acogida, Sin Fronteras.

Situación sanitaria:

- Anteriormente Dependencia Moderada, ahora no dependiente (aunque con supervisión ABVD)
- Esquizofrenia paranoide, deficiencia mental leve (minusvalía 56%)
- Buen estado de salud en general
- Antes consumía alcohol, ahora abstinente

Situación familiar:

- Hermana en Tudela en Centro Residencial
- No más red familiar
- Tutelado por FNTPA

Situación económica/laboral:

- Pensión incapacidad
- Gestión económica llevada por la Fundación Tutelar (gestión dinero semanal TS)
- 25 años cotizados (hostelería y construcción)

Situación social:

- Relación centro residencial
- Contacto con las monjas que le atendieron en su estancia en maternidad

Informe 9**Mujer, 74 años (Discapacidad)****Ingreso: 10/12/2010****Antecedentes:**

Padres fallecidos, tiene dos hermanos. Con hermano no tiene relación y con hermana tiene escasa relación.

Situación sanitaria:

- Problemas de estómago

Situación familiar:

- Poco contacto con hermanos
- Tiene pareja
- Buena relación con compañera de piso (Padre Menni)

Situación económica/laboral:

- Pensión
- Tiene ahorros

Situación social:

- Dificultad para leer
- Dificultad manejo dinero (sí pequeñas cantidades)

Informe 10**Hombre, 66 años (Esquizofrenia residual)****Ingreso: 21/ 01/2014****Antecedentes:**

Persona con problemas de salud mental crónicos (estabilizado). Tiene la incapacidad laboral desde hace 30 años. Reside en vivienda en propiedad, 4º piso sin ascensor. Recientemente incapacitado legalmente.

Situación sanitaria:

- Esquizofrenia residual
- Válido ABVD
- Tutor legal hermano: gestión económica y bienes / decisiones relativas a la salud

Situación familiar:

- Tiene 6 hermanos, 4 en Pamplona o alrededores
- Apoyo familiar

Situación económica/laboral:

- Vivienda en propiedad
- Pensión
- Apenas tiene ahorros, por mala gestión

Situación social:

Pertenece a la Iglesia evangelista, donde tiene red de apoyo.

Informe 11**Hombre, 51 años (Esquizofrenia paranoide y Trastorno psicótico residual)****Ingreso: 6/08/2012****Antecedentes:**

Padece Esquizofrenia. En 1986 estuvo ingresado por presentar síndromes delirantes. En 1997, intento autolítico, se arrojó a las vías del tren. Ingresó en Centro Infanta Elena en 1997, ya que utilizaba silla de ruedas y en casa había barreras arquitectónicas.

Situación sanitaria:

- Esquizofrenia paranoide. Primer brote a los 23 años.
- Trastorno psicótico residual
- Válido ABVD

Situación familiar:

- Madre fallecida
- Único apoyo de su padre, vive en Castejón

Situación económica/laboral:

- Cobra pensión

Situación social:

- Por su enfermedad mental presenta aislamiento social, embotamiento afectivo, etc.
- No tiene red social.

B. Anexo II: Escala de valoración social de la dependencia

ESCALA DE VALORACIÓN SOCIAL DE LA DEPENDENCIA

MANUAL DE LA EVSD

MANUAL INFORMÁTICO DE LA EVSD

Autoras: Maeztu C., Erice M.J., Urrea J., Moreno M.J., García P., Arraztoa A., Sanzol M. , Iturri M. L. .

Trabajo de investigación becado por el Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud.

ESCALA DE VALORACIÓN SOCIAL DE LA DEPENDENCIA

Nº.	
Obs.	caso Res.

1. SITUACION SOCIO-FAMILIAR

1.1. CONVIVENCIA. Persona que vive: (elegir uno)

<input type="checkbox"/>	Con familia directa de manera estable	5
<input type="checkbox"/>	En Residencia de manera estable	
<input type="checkbox"/>	Solo/a, pero tiene familiares directos que se responsabilizan	8
<input type="checkbox"/>	Con Empleado/a de hogar interna y tiene familiares que supervisan la atención.	
<input type="checkbox"/>	Solo/a, pero tiene otros familiares que se responsabilizan	12
<input type="checkbox"/>	Con familia de 2º ó 3º grado y/o con personas sin relación de parentesco o acogimiento legal	
<input type="checkbox"/>	Con familia de forma rotatoria	
<input type="checkbox"/>	Con familiares de edad avanzada	
<input type="checkbox"/>	Con empleado/a de hogar interna y sin familiares que supervisen la atención	15
<input type="checkbox"/>	Solo/a y no dispone de familiares directos u otras personas comprometidas en el cuidado, ni cuidadores	
<input type="checkbox"/>	Con familiares que presentan una dependencia o limitación funcional y/o social	
<input type="checkbox"/>	Solo/a, carece de familia directa o no acepta supervisión	

1.2. RELACIONES Y DINAMICA (elegir uno)

<input type="checkbox"/> Integración/aceptación en la Unidad de Convivencia	5
<input type="checkbox"/> Rota por distintos domicilios, existiendo aceptación y distribución equitativa en los cuidados	8
<input type="checkbox"/> Mantiene contactos esporádicos	
<input type="checkbox"/> Relación que condiciona la vida familiar de forma relativa	
<input type="checkbox"/> Problemas esporádicos de convivencia	12
<input type="checkbox"/> Rota por distintos domicilios, pero no existe aceptación o ni distribución equitativa en los cuidados	
<input type="checkbox"/> Existen factores de riesgo que producen desajustes convivenciales.	
<input type="checkbox"/> Relación que condiciona la vida familiar de forma moderada	
<input type="checkbox"/> Relación conflictiva con las personas con las que convive	
<input type="checkbox"/> La atención recae sobre una sola persona cuidadora principal.	15
<input type="checkbox"/> Presunción de desamparo	
<input type="checkbox"/> Alteraciones del comportamiento que implican riesgo y/o hacen inviable la convivencia en un núcleo familiar	
<input type="checkbox"/> Desestructuración grave en el núcleo familiar que afecta al cuidado	
<input type="checkbox"/> No mantiene relación alguna y carece de red informal	

1.3. CON CUIDADOR/A

Características de la persona cuidadora

(elegir uno en cada apartado)

Convivencia:	
<input type="checkbox"/> No convive con la persona dependiente	0
<input type="checkbox"/> Convive con la persona dependiente	5
Situación Laboral/Ocupacional:	
<input type="checkbox"/> Otros	1
<input type="checkbox"/> Trabaja fuera del hogar	2
<input type="checkbox"/> Dedicad@ a las tareas hogar, estudiantes o jubilad@s	3
<input type="checkbox"/> Excedencia	4
<input type="checkbox"/> Abandona actividad laboral	4
Tiempo de cuidado:	
<input type="checkbox"/> Menos de 6 meses	0
<input type="checkbox"/> De 6 meses a 2 años	1
<input type="checkbox"/> Entre 2 y 5 años	2
<input type="checkbox"/> Más de 6 años	5
Problemas de Salud:	
<input type="checkbox"/> Sin problemas de salud	0
<input type="checkbox"/> Problemas de salud que incapacitan o se agravan con el cuidado.	3
<input type="checkbox"/> Ingreso hospitalario	3
<input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico instaurado	3
Escala de Zarit:	
<input type="checkbox"/> De 0 a 45 puntos	0
<input type="checkbox"/> De 46 a 54 puntos	2
<input type="checkbox"/> Más de 55 puntos	3
Edad:	
<input type="checkbox"/> De 22 a 59 años	1
<input type="checkbox"/> Menor de 21 años	2
<input type="checkbox"/> De 60 a 70 años	2
<input type="checkbox"/> De 71 a 84 años	3
<input type="checkbox"/> Mayor de 85 años	5

1.4. SIN CUIDADOR/A, SIN SUPERVISIÓN DE CUIDADOS

O PRESUNTA SITUACION DE MALTRATO

<input type="checkbox"/> Sin cuidador/a, no acepta/existe la supervisión de cuidados o existe presunción de malos tratos	25
--	----

2. VIVIENDA

2.1. CON VIVIENDA

Régimen de tenencia de la vivienda habitual (elegir uno)

<input type="checkbox"/> Propiedad de la persona solicitante	0
<input type="checkbox"/> Propiedad de un miembro de la Unidad Familiar	1
<input type="checkbox"/> Propiedad compartida con otros familiares (incluido el conyuge)	
<input type="checkbox"/> Vivienda cedida en uso y usufructo	2
<input type="checkbox"/> Piso tutelado o Residencia	
<input type="checkbox"/> Alquiler	3
<input type="checkbox"/> Pensión	
<input type="checkbox"/> Patrona	
<input type="checkbox"/> Subarrendamiento	

Condiciones de habitabilidad, equipamiento y barreras arquitectónicas (elegir uno)

<input type="checkbox"/> Dispone de todas las dotaciones y equipamiento básico, reúne condiciones mínimas de habitabilidad y carece de barreras arquitectónicas.	0
<input type="checkbox"/> Dispone de suficientes condiciones de habitabilidad, pero hay barreras arquitectónicas y/o falta de equipamiento	3
<input type="checkbox"/> Existen importantes déficits, no superables, en condiciones de habitabilidad, equipamiento básico y/o barreras arquitectónicas.	5
<input type="checkbox"/> Condiciones de habitabilidad, equipamiento o barreras que pueden comprometer la salud	8

Accesibilidad (elegir uno)

<input type="checkbox"/> La vivienda se encuentra bien ubicada, con accesibilidad a los medios de comunicación y a los servicios	0
<input type="checkbox"/> La vivienda se encuentra situada en el casco urbano (ciudad/pueblo), pero existen limitaciones en el acceso a los servicios comunitarios	4
<input type="checkbox"/> La vivienda se encuentra ubicada en una zona aislada, carente de medios de comunicación y con gran dificultad de acceso a los servicios comunitarios	8

2.2. SIN VIVIENDA

<input type="checkbox"/> Carece de vivienda y de recursos para costearse una	19
--	----

3. SITUACION ECONOMICA

UNIDAD ECONOMICA. RENTA PER CAPITA (elegir uno)

<input type="checkbox"/> Ingresos iguales o superiores al 130 % del IPREM	0
<input type="checkbox"/> Ingresos iguales o superiores al 100 % e inferiores al 130 % del IPREM	2
<input type="checkbox"/> Ingresos iguales o superiores al 70 % e inferiores al 100 % del IPREM	5
<input type="checkbox"/> Ingresos iguales o superiores al 40 % e inferiores al 70 % del IPREM	10
<input type="checkbox"/> Ingresos inferiores al 40 % del IPREM	15
<input type="checkbox"/> Carece de recursos económicos	18

4. ATENCION SOCIOSANITARIA

4.1. VALORACION DE LA PROVISION FORMAL DE CUIDADOS (elegir uno)

<input type="checkbox"/> Recibe apoyo formal suficiente y adecuado a sus necesidades	0
<input type="checkbox"/> Se detecta necesidad de recursos y su provisión es posible	5
<input type="checkbox"/> Hay necesidad de cuidados que hacen difícil las posibilidades de apoyatura formal en el domicilio	7
<input type="checkbox"/> Situación no sostenible en el entorno habitual en el que vive	10

4.2. VALORACION DE LA PROVISION INFORMAL DE CUIDADOS (elegir uno)

<input type="checkbox"/> No existen dificultades para la atención. Recibe una atención adecuada y suficiente	0
<input type="checkbox"/> Necesidades para la provisión de cuidados.	5
<input type="checkbox"/> Capacidad limitada de apoyo.	7
<input type="checkbox"/> Recibe atención periódica y útil pero insuficiente	
<input type="checkbox"/> Carente de familia directa o de red social	10
<input type="checkbox"/> Claudicación familiar	

PUNTUACIÓN TOTAL

Genograma

(Cumplimentación voluntaria)

Observaciones

(entre otros, señalar aquellas situaciones reales que no han sido suficientemente reflejadas en la Escala o aspectos que se quieran puntualizar. Así mismo, soluciones provisionales que se hayan adoptado en situaciones de urgencia, etc).

Señalar con una X el recurso o recursos propuestos:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ayuda económica para Atención a Domicilio | <input type="checkbox"/> Piso supervisado/piso tutelado |
| <input type="checkbox"/> Ayuda a Domicilio (Atención directa SAD) | <input type="checkbox"/> Ayudas económicas extraordinarias Tercera Edad |
| <input type="checkbox"/> Ayudas técnicas y prestación ortoprotésica | <input type="checkbox"/> Ayudas económicas extraordinarias Discapacidad@s |
| <input type="checkbox"/> Unidad larga/media estancia en H.S.J.D | <input type="checkbox"/> Tutela, incapacidad legal, curatela |
| <input type="checkbox"/> Centro de Día | <input type="checkbox"/> Ayudas económicas para estancias en Centros Ajenos |
| <input type="checkbox"/> Estancia temporal en residencia | <input type="checkbox"/> Ingreso en residencia de personas con discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Ingreso en residencia (Asistida) | <input type="checkbox"/> Unidad de cuidados paliativos en Hospital San Juan de Dios |
| <input type="checkbox"/> Ingreso en residencia (Valida) | <input type="checkbox"/> Ayudas de apoyo para la integración social y familiar |
| <input type="checkbox"/> Apoyo a personas cuidadoras | <input type="checkbox"/> Servicio telefónico de emergencia |
| <input type="checkbox"/> Valoración y acreditación de la minusvalía | <input type="checkbox"/> Pensión no contributiva |
| <input type="checkbox"/> Ayuda económica para adaptación de vivienda | <input type="checkbox"/> Prestación económica para estancia en centro gerontológico |

Autoras: Maeztu C., Erice M.J., Urra J., Moreno M.J., García P., Arraztoa A., Sanzol M. , Iturri M. L. .

MANUAL DE UTILIZACIÓN:

***ESCALA DE VALORACIÓN SOCIAL DE LA
DEPENDENCIA***

Cómo puntúa cada apartado

1.- SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR. <ul style="list-style-type: none"> ▪ CONVIVENCIA ▪ RELACIONES/DINÁMICA ▪ CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA CUIDADORA / SIN CUIDADOR, SIN SUPERVISIÓN DE CUIDADOS O PRESUNTA SITUACIÓN DE MALTRATO TOTAL	15 15 25 55
2.- VIVIENDA <ul style="list-style-type: none"> ▪ RÉGIMEN DE TENENCIA ▪ CONDICIONES DE HABITABILIDAD ▪ ACCESIBILIDAD / SIN VIVIENDA TOTAL	3 8 8 19 19
3.- SITUACIÓN ECONÓMICA	18
4.- ATENCIÓN SOCIO SANITARIA <ul style="list-style-type: none"> ▪ VALORACIÓN DE LA PROVISIÓN FORMAL DE CUIDADOS ▪ VALORACIÓN DE LA PROVISIÓN INFORMAL DE CUIDADOS TOTAL	10 10 20
5.- TOTAL PUNTUACIÓN	112

Instrucciones para cumplimentar la escala

- 1) Consultar las Definiciones de los ítems, como paso previo a rellenar la Escala, para asegurar que se elige la opción adecuada y ante cualquier duda entre distintas respuestas.
- 2) En algún caso, puede surgir la duda de cuándo se aplica la Escala, teniendo en cuenta la situación previa a la aplicación del recurso o la posterior, siendo ésta temporal o momentánea. *Ejemplo: persona ingresada en un Centro privado, a la espera de plaza concertada.* En estos casos, el criterio que se propone es que sea el/la profesional quien decida la opción que más se ajuste o conviene al usuari@, pero haciendo mención expresa en las observaciones de la segunda página de la Escala.
- 3) Marcar con un aspa la casilla situada a la izquierda de cada opción. En cada apartado señalar una sola respuesta, exceptuando el apartado 1.3, en el que señalaremos una de cada subapartado.
- 4) En cada apartado, la columna de la derecha, recoge la puntuación asignada a la respuesta o grupo de respuestas, en orden ascendente, según situaciones de menor a mayor gravedad.
- 5) En caso de duda entre dos o más opciones, dado que no son excluyentes, habiendo consultado y comprobado previamente el Manual (definiciones de los ítems) para saber la que más se ajuste a la situación, se opta siempre por la situación que conlleve mayor gravedad o para la que se estime en la Escala mayor puntuación.
Ejemplo: usuari@ de edad avanzada objeto de estudio que convive con cónyuge. En el apartado de convivencia, por ejemplo, reflejarían su situación tanto el ítem "con familia directa de manera estable" como el ítem "con familiares de edad avanzada", por lo que siguiendo la premisa expuesta se elige la segunda opción.
- 6) Los apartados 1.3 y 1.4, así como el 2.1 y 2.2 son excluyentes, es decir, se debe elegir entre uno u otro en cada caso, y posteriormente se cumplimenta lo que proceda.
- 7) En el reverso de la Escala, realizar el genograma y señalar, si procede, las observaciones. En el último apartado, el referido a los Recursos, marcaremos por una parte los recursos idóneos, aún sabiendo que algunos de ellos no existen en una determinada zona, e independiente de los criterios y baremos de concesión de los organismos oficiales, y por otra, los que ya viene utilizando con anterioridad.

DEFINICIÓN DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA DE VALORACIÓN SOCIAL

1. Situación Socio-Familiar

Cuando hablamos de **familia**, entendemos por ella “grupo de personas que están emparentadas”, pero también, “conjunto de individuos que tienen alguna condición común”. Luego el término “familia” en esta Escala, hace referencia a toda persona o grupo que por alguna circunstancia, convive con la persona afectada adoptando las funciones y roles familiares.

CONVIVENCIA. Persona que vive.

Con familia directa de manera estable:

La “familia directa” hace referencia a la existencia de familia en primer orden: cónyuge, padre-madre y/o hij@s.

La persona atendida se siente totalmente integrada en la unidad de convivencia, por lo que la familia desea y puede asumir la responsabilidad de los cuidados domiciliarios.

En Residencia de manera estable:

Se trata de aquellos casos en los que se cuenta:

- a) con plaza concertada
- b) financiada en régimen privado

Sol@, pero tiene familiares directos que se responsabilizan:

Vive sol@, pero de alguna manera es atendid@ por padre, madre y/o hij@s.

Con emplead@ de hogar interna y tiene familiares que supervisan la atención:

Dispone de personal contratado las 24 horas del día (cuidador/a intern@), y además la persona cuenta con algún/os familiar/es que lo supervisen.

Con familia de 2º o 3º grado y/o con personas sin relación de parentesco o acogimiento legal:

Situaciones en las que se cuenta con abuel@s, herman@s, tí@s, sobrin@s, vecin@s, amig@s ...

Con familia de forma rotatoria:

Situación en la que la persona atendida cambia periódicamente de domicilio, con lo que se produce el hecho de "rotación familiar" y que puede darse tanto dentro como fuera de la Comunidad Autónoma. En este último caso, si rota fuera de Navarra, se indicará en las observaciones de la Escala la Comunidad Autónoma referente.

Con familiares de edad avanzada:

Convive con familiares de más de 65 años.

Con empleada/o de hogar interna/o y sin familiares que supervisen la atención:

Carencia de familia que se responsabilice de supervisar las atenciones que son prestadas por emplead@ de hogar interna.

Sol@ y no dispone de familiares directos u otras personas comprometidas en el cuidado, ni cuidadores:

Con familiares que presentan una limitación o dependencia funcional y/o social:

Los convivientes son personas que requieren atención, o no son capaces de asumir el cuidado de algún miembro de la familia que lo necesita, por distintos motivos:

- Padece una enfermedad grave
- Enfermedad mental
- No cuenta con capacidades personales (actitudes y aptitudes) para afrontar la situación actual.
- Drogodependencia
- Discapacidad física y/o psíquica
- Es menor de edad
- Se encuentra en situación económica deficiente o inestable
- Tiene cargas familiares
- Existe presunción de malos tratos o negligencia

La avanzada edad no se incluye en este apartado, ya que ello no implica necesariamente problemas de autovalimiento e incapacidad de asumir cuidados.

En este apartado estarían incluidos supuestos en los que concurran la situación de deterioro cognitivo o mental del usuari@ y la permanencia en el domicilio sol@ gran parte de la jornada. Dada la situación de riesgo, conviene señalarlo en las observaciones de la Escala, así como el número de horas que pasa sol@.

Sol@ y/o no acepta supervisión:

Existe disposición por parte de algún familiar, pero la persona dependiente no lo acepta.

RELACIONES/DINÁMICA.

Integración/aceptación en la Unidad de Convivencia:

Tanto la persona afectada como los convivientes, manifiestan no tener dificultades en la relación.

Rota por distintos domicilios, existiendo aceptación y distribución equitativa en los cuidados:

Existe aceptación por parte de la persona afectada y de aquell@s implicad@s en el cuidado, así como una distribución equitativa de responsabilidades y cargas de cuidados.

Mantiene contactos esporádicos:

Las relaciones con los familiares se realizan a través de:

- Teléfono
- Visitas
- Tareas de apoyo (compra, ayuda en las labores domésticas, acompañamiento para determinadas gestiones, etc.)
- Otros

Relación que condiciona la vida familiar de forma relativa:

Los miembros de la unidad de convivencia se sienten afectados en su vida personal y de relaciones, etc. En determinados casos puede afectar a determinadas situaciones: dificultad para programar vacaciones, fines de semana, etc.

Problemas esporádicos de convivencia:

Hace referencia aquellos casos, en que se han puesto de manifiesto diferencias de criterio que no comprometen la convivencia, pero sí, repercuten en las relaciones. Ejemplos:

- Uso del dinero y del espacio de la casa.
- Tiempo disponible para el cuidado.
- Compatibilidad de roles.
- Mantenimiento de una actitud poco favorable a aceptar asesoramiento familiar.
- Otros.

Rota por distintos domicilios, pero no existe aceptación o/ni distribución equitativa en los cuidados:

Situaciones en las que la persona afectada o aquell@s implicad@s en el cuidado no se sienten aceptad@s o integrad@s; se sienten incómod@s, y/o en el seno de la familia existe una distribución desigual de responsabilidades y cargas de cuidados no consensuada.

Existen factores de riesgo que producen desajustes convivenciales:

Se señalan a nivel orientativo los siguientes:

- Hospitalización prolongada de un familiar
- Situación de privación de libertad de alguno de los miembros de la familia
- Separación por motivo de trabajo (frecuente o de larga duración)
- Abandono del hogar por parte de un miembro familiar (adulto)
- Fuga del hogar de un/a menor
- Incorporación de un nuevo miembro en la unidad familiar
- Carencia de espacio en la vivienda, por lo que se precisa habilitar medidas extraordinarias para acoger a la persona dependiente (compartir dormitorio, dormir en el salón, etc.)
- Hacinamiento
- Desahucio
- Problemas legales (juicios pendientes)
- Separación conyugal o de pareja
- Soltera gestante
- Madre o padre solter@
- Viudedad/Orfandad reciente

Relación que condiciona la vida familiar de forma moderada:

Los miembros de la familia no pueden realizar las funciones y actividades que habitualmente desarrollan y se ven obligados a:

- Abandono de la actividad laboral
- Cambio de domicilio, localidad, etc.

Relación conflictiva con las personas con las que convive:

Cuando la persona dependiente se niega a recibir ayuda

La atención recae sobre una sola persona cuidadora principal:

Ello puede generar una carga física o psíquica, con manifestaciones de cansancio, tristeza, apatía, falta de ilusión, etc.

Presunción de desamparo:

Se entiende como tal, cuando existe abandono, falta de atención, negligencia o malos tratos, etc.

a). En Menores. Situación que se produce de hecho a causa del incumplimiento o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de l@s menores (hasta los 18 años)

- Graves carencias afectivas
- Maltrato físico o psíquico
- Violación o abusos sexuales
- Explotación económica o utilización para mendicidad
- Abandono
- Cualquier situación manifiestamente vejatoria de la dignidad y derechos del/la menor.

b). En personas adultas:

- Maltrato Físico: Toda actuación NO OCASIONAL que dé lugar o tenga como consecuencia un daño físico o enfermedad.
- Maltrato Sexual: Toda conducta que vaya en contra de la libertad sexual, utilizando la presión o la fuerza.
- Maltrato Psíquico: Toda aquella actuación que tenga como objetivo humillar y/o provocar sufrimiento.

Perfil del cuidador/a responsable del abuso:

- Consumidor de alcohol, fármacos o drogas.
- Con pobres contactos sociales.
- No acepta el papel de cuidador/a. No asume la responsabilidad que ello conlleva.
- Historia previa de violencia familiar.
- Sufre estrés por causas diversas (muertes, pérdida del trabajo o problemas económicos), o tiene múltiples responsabilidades.
- Renuncia a las ayudas médicas y de la comunidad.
- Depende del ancian@/persona dependiente desde el punto de vista económico y la vivienda suele ser de la víctima.
- Demuestra pérdida del control de la situación.
- En las entrevistas suele ser hostil, irritable y suspicaz.

Perfil de la víctima:

- Mujer, edad avanzada.
- Dependiente de su cuidador/a para la mayoría de las funciones de vida diaria.
- Con conductas anómalas acompañantes.
- Convive con un familiar que es el principal y único cuidador.

Alteraciones del comportamiento que implican riesgo y/o hacen inviable la convivencia en el núcleo familiar:

Continuas alteraciones en el ritmo del sueño, fugas y conducta agresiva hacia la persona cuidadora u otros miembros de la familia, que les repercuten en la

convivencia, resultando insostenible mantener en el domicilio a la persona dependiente.

Se incluyen aquellas situaciones en las que la persona con deterioro cognitivo o mental pasa en el domicilio solo gran parte de la jornada, constituyendo un riesgo para sí y para el resto.

Desestructuración grave en el núcleo familiar que afecta al cuidado:

Se entiende cuando existe pérdida de relación y comunicación del grupo familiar entre sí, lo que da lugar a una falta de atención adecuada:

- No proporcionar la alimentación necesaria
- No control de fármacos prescritos
- Negación a que dichos cuidados sean proporcionados por otras personas
- Otros

No mantiene relación alguna y carece de red informal:

Las relaciones familiares son inexistentes, bien por conflictos, por ausencia de familiares que le puedan apoyar u otras circunstancias.

CON CUIDADOR/A. Características de la persona cuidadora.

La persona cuidadora, es aquella, que sin existir relación mercantil por medio (no es una cuidadora profesional) y viviendo en el mismo domicilio de la persona dependiente, o fuera de él, asume la atención y cuidados que ésta precisa. Ante varios cuidadores, optar por el que más tiempo dedique a estas tareas, el/la más vulnerable y al que se le atribuye el rol. Cuando existe rotación de la persona dependiente, la/el cuidador/a será aquella que asume la atención y cuidados que la persona dependiente precisa.

Convivencia: Convive con la persona dependiente:

La persona cuidadora vive en el mismo domicilio de la persona dependiente

Convivencia: No convive con la persona dependiente:

El/la cuidador/a principal vive fuera del domicilio de la persona dependiente

Situación laboral: Otros:

Situaciones varias no recogidas en los apartados anteriores

Situación laboral: Trabaja fuera del hogar:

Además de la responsabilidad de proporcionar cuidados a la persona dependiente, cuenta con una actividad laboral fuera del hogar de al menos 20 horas a la semana.

Situación laboral: Dedicad@ a las tareas domésticas, estudiantes o jubilad@s:

El cuidador/a principal no ejerce actividad laboral fuera del hogar.

Situación laboral: Excedencia y/o abandono de la actividad laboral:

Ha optado por el abandono del trabajo remunerado, para prestar atención a la persona dependiente, se haya podido acoger a este derecho o no.

Tiempo de cuidado:

Valorar el tiempo desde que la persona cuidadora se lo dedica a la persona dependiente; elegir en cada caso el tramo que se ajuste a la realidad.

Problemas de salud: Sin problemas de salud:

La persona cuidadora no refiere ninguna situación sanitaria que afecte al cuidado.

Problemas de salud: Problemas de salud que incapacitan o se agravan con el cuidado:

El/la cuidador/a principal tiene problemas de salud físicos que impiden realizar las actividades necesarias de cuidado, o que al realizarlas agravan significativamente las dolencias previas.

Nota: cuando el/la observadora desconoce este aspecto del cuidador/a, tener en cuenta que la edad avanzada de la persona no implica problemas de salud.

Problemas de salud: Ingreso hospitalario:

El/la cuidador/a principal se encuentra ingresado/a en una Institución sanitaria o en periodo de convalecencia tras ingreso hospitalario.

Problemas de salud: Tratamiento psiquiátrico instaurado:

El/la cuidador@ principal tiene diagnóstico psiquiátrico, sigue tratamiento con visitas de seguimiento periódicas. Se incluyen también aquellos casos que tienen trastorno psiquiátrico pero no siguen tratamiento.

Escala de Zarit:

La evaluación del cuidador/a y del proceso de cuidado se considera fundamental en la evaluación gerontológica. En la actualidad se dispone de esta herramienta que permite conocer, en qué forma y medida el cuidado de una persona dependiente afecta a la dinámica familiar y con qué recursos personales y sociales cuentan los cuidadores para afrontar esta situación.

En aquellos casos en los que no se aprecia sobrecarga de la cuidadora, no es necesario aplicar la Escala de Zarit y señalaremos la primera opción de este apartado.

Edad:

Señalar el tramo de edad en el que se encuentra la persona cuidadora.

SIN CUIDADOR/A, NO ACEPTA/EXISTE LA SUPERVISIÓN DE CUIDADOS O PRESUNCIÓN DE MALTRATO.

Cuando la persona dependiente no dispone de ninguna figura con el rol de cuidador, o ella misma rechaza cualquier atención o cuidados que ésta le quiera prestar. Así mismo, personas dependientes que disponen de cuidador@s negligentes o padecen presuntas situaciones de malos tratos.

2. Vivienda

Se entiende por vivienda habitual aquella en la que se reside al menos seis meses al año.

En aquellos casos aislados en los que la persona usuaria tras permanecer en un centro residencial retorne al domicilio, se valorará las características de la vivienda en la que va a residir.

CON VIVIENDA.

Régimen de tenencia de la vivienda habitual:

Elegir la opción que se ajuste a la situación de tenencia o figura legal de la vivienda en la que la persona dependiente reside, sea en propiedad o en otras modalidades. Por ejemplo:

Régimen de tenencia de la vivienda habitual: Propiedad de la persona solicitante:

Se entiende por vivienda en propiedad aquella escriturada a nombre de la persona dependiente.

La propiedad aporta mayormente estabilidad y acceso a prestaciones que son inherentes a la propiedad.

Régimen de tenencia de la vivienda habitual: propiedad de un miembro de la unidad familiar:

La vivienda en la que reside la persona dependiente se encuentra escriturada a nombre de un familiar con el que convive (por ejemplo a nombre del cónyuge, hij@s, padres, herman@s...)

Régimen de tenencia de la vivienda habitual: Propiedad compartida con otros familiares:

La vivienda habitual está escriturada a nombre de varios familiares, entre los que se encuentra la persona solicitante.

Régimen de tenencia de la vivienda habitual: Vivienda cedida en uso y usufructo:

Derecho de uso de una vivienda perteneciente a otras personas.

Régimen de tenencia de la vivienda habitual: Piso tutelados y residencia:

Régimen de tenencia de la vivienda habitual: Alquiler:

Uso de una vivienda, con ciertas condiciones y por un precio convenido.

Régimen de tenencia de la vivienda habitual: Pensión:

Casa particular en la que se alojan huéspedes mediante pago.

Régimen de tenencia de la vivienda habitual: Patrona protegida:

Casa particular en la que se alojan huéspedes mediante pago en el que se ejerce cierto grado de supervisión. En Navarra se utiliza como recurso para enfermos mentales crónicos.

Régimen de tenencia de la vivienda habitual: Subarrendamiento:

Arrendamiento de una vivienda o parte de ella a una persona que previamente la tiene arrendada (alquilada).

Condiciones de habitabilidad: Dispone de todas las dotaciones y equipamiento básico, reúne condiciones mínimas de habitabilidad y carece de barreras arquitectónicas:

Se consideran servicios indispensables: tener calefacción en todas las dependencias de la casa, lavadora automática, frigorífico, teléfono, agua caliente, disponer de habitación sin tener que compartirla con otros miembros.

Se entiende por todo aquello que se necesita en el domicilio y posibilita una mejor atención a la persona dependiente. Como por ejemplo disponibilidad de: material sanitario y ortopédico, cama articulada, silla de ruedas, grúa, baño adaptado, teléfono de emergencia, etc.

Que las habitaciones cuenten con ventanas o balcón al exterior.

Condiciones de habitabilidad: Dispone de suficientes condiciones de habitabilidad, pero hay barreras arquitectónicas y/o falta de equipamiento:

Existen barreras arquitectónicas que pueden eliminarse mediante adaptación u obras. No cuenta con habitación individual y necesariamente ésta se tiene que compartir con otro miembro de la familia, hay falta espacio, etc.

Puede darse, así mismo, la falta de dotación en equipamiento básico.

En cualquier caso, todas estas carencias o limitaciones pueden ser subsanadas.

Condiciones de habitabilidad: Existen importantes déficits, no superables, en condiciones de habitabilidad, equipamiento básico y/o barreras arquitectónicas

En la vivienda faltan dos o más de los servicios indispensables. Higiene deficitaria. Las habitaciones tienen ventanas que dan a patios interiores o son muy pequeñas, suponiendo problemas de ventilación o iluminación. Existen barreras arquitectónicas que afectan a la persona dependiente.

En general, la vivienda no se ajusta a sus necesidades, pero los problemas detectados no son superables.

Condiciones de habitabilidad, equipamiento y barreras que pueden comprometer la salud:

Se detecta carencia significativa de los servicios indispensables.

Tiene barreras arquitectónicas no eliminables mediante adaptación u obra.

Las habitaciones no disponen de ventanas.

La vivienda está afectada por problemas de humedad.

La vivienda tiene falta de higiene, carece de ventilación y/o tiene problemas estructurales.

Un déficit significativo en alguno de los aspectos señalados o la acumulación de varios de ellos, comprometen su salud.

Accesibilidad: La vivienda se encuentra bien ubicada, con accesibilidad a los medios de comunicación y a los servicios:

Se entiende por bien ubicada cuando está dentro del casco urbano, en zona urbanizada, bien comunicada mediante transporte público y dotada de servicios comunitarios: Centro de Salud, Farmacia, Entidades Bancarias, Tiendas, Servicios Sociales de Base, etc.

Accesibilidad: La vivienda se encuentra situada en el casco urbano (ciudad/pueblo), pero existen limitaciones en el acceso a los servicios comunitarios:

Las limitaciones mencionadas hacen referencia a alguna de estas situaciones o la acumulación de varias de ellas:

- Mala dotación de servicios
- Medios de transporte insuficientes
- Viviendas ubicadas en zonas de buena dotación de recursos, pero con el acceso limitado a los mismos por las propias barreras arquitectónicas.

Accesibilidad: La vivienda se encuentra ubicada en una zona aislada, carente de medios de comunicación y con gran dificultad de acceso a los servicios comunitarios:

Vivienda que se encuentra distante de la zona urbanizada del pueblo o ciudad. Puede tratarse de vivienda unifamiliar o piso integrado en un bloque de

viviendas, con gran dificultad de acceso a los servicios comunitarios y al transporte público.

SIN VIVIENDA.

Su situación económica es tan precaria o su grado de desestructuración tal, que le impiden acceder y poder vivir en una vivienda.

3. Situación económica

En este apartado conviene definir previamente la unidad económica:

- Se considera unidad económica a la persona afectada, cuando lo haya al cónyuge e hij@s menores y discapacitad@s que económicamente dependieran de los anteriores.
- En caso de aplicar la Escala a personas discapacitadas mayores de edad, se tendrán en cuenta únicamente los ingresos de los que sean titulares.
- Ante personas con discapacidad sin ingresos, se señalará la opción “carece de recursos económicos”.

Se valorarán como ingresos los provenientes de: trabajo, pensiones y rentas mobiliarias e inmobiliarias.

Para obtener la renta per cápita, se seguirá la normativa fiscal vigente; se tendrán en cuenta los ingresos anuales del año anterior a la solicitud, divididos por doce mensualidades y por el número de miembros.

En la declaración de la renta en la C. F. de Navarra dichos conceptos aparecen con el número de epígrafe: 507

El indicador público de renta de efectos múltiples IPREM tendrá las siguientes cuantías durante 2006:

- a) El IPREM diario, 15,7 euros
- b) El IPREM mensual , 479,10 euros
- c) El IPREM anual 5.749,20

El apartado “carece de recursos económicos” recoge, entre otras, todas aquellas situaciones de indigencia.

4. Atención Sociosanitaria

VALORACIÓN DE LA PROVISIÓN FORMAL DE CUIDADOS.

Se entiende por sistema formal, los recursos provenientes de las Instituciones.

Recibe apoyo formal suficiente y adecuado a sus necesidades:

No se han observado carencias en los cuidados que recibe del sistema formal. Se entiende por apoyo formal, el conjunto de prestaciones y servicios que ofrecen las Instituciones de Salud y de Servicios Sociales.

Se detecta necesidad de recursos y su provisión es posible:

Servicio de Ayuda a Domicilio, Tele-emergencia, valoración de especialistas de salud, asistencia a Unidad de Memoria, recursos de ocio, ocupacionales o laborales que faciliten la integración social y laboral de las personas discapacitadas, asistencia a cursos dirigidos a personas cuidadoras..., o bien utilizando recursos propios o de financiación privada.

Hay necesidad de cuidados que hacen difícil las posibilidades de apoyatura formal en el domicilio:

Fragilidad social. No se pueden garantizar satisfactoriamente en el domicilio los cuidados que requiere la persona. Requiere recursos intermedios como centros de día, estancias diurnas, estancias temporales de respiro o convalecencia...

Se incluyen situaciones de irregularidad de algun@s extranjer@s, a quienes se les dificulta el acceso a diversos recursos formales.

Situación no sostenible en el entorno habitual en el que vive:

Se ha constatado que la situación es inabordable en el domicilio, ya que el apoyo formal que requiere no puede prestarse: demencias avanzadas, necesidad de soportes clínicos, ingresos definitivos en residencias, salidas a patronas protegidas, pisos funcionales, etc. Así mismo, en este apartado se incluyen todas aquellas situaciones propias de la indigencia.

VALORACIÓN DE LA PROVISIÓN INFORMAL DE CUIDADOS.

El apoyo informal hace referencia a las atenciones recibidas por parte de familiares, allegad@s, amigas/os, vecinas/os, personal voluntario y asociaciones de afectadas/os.

No existen dificultades para la atención:

Recibe una atención adecuada y suficiente.

Necesidades para la provisión de cuidados:

Se detectan necesidades no cubiertas y su provisión es posible (reparto del cuidado en el grupo familiar, adiestramiento mediante grupos de apoyo, asociacionismo, voluntariado...) apoyando al sistema informal y orientando su demanda hacia recursos de la red social.

Capacidad limitada de apoyo:

El sistema informal tiene una capacidad de apoyo limitada por distintas razones: distancia geográfica, historia familiar conflictiva, otras personas que cuidar (menores, enfermos...), etc.

Recibe atención periódica y útil pero insuficiente:

Las necesidades superan la capacidad de atención del sistema informal, que atiende a la persona dependiente, debido a trastornos de conducta, periodos de hospitalización, o en general por la gravedad de las necesidades de cuidados.

Carente de familia directa, o de red social:

Carece de familia o no existe red social de apoyo.

Claudicación familiar:

El grupo familiar está sobrepasado y expresa la imposibilidad de mantener el cuidado de la persona dependiente.

Utilización de la escala de Zarit. Notas para el/la profesional

Es importante delimitar el concepto de "sobrecarga". Diremos que, es el reflejo del impacto subjetivo de la relación de cuidados, sobre las vidas de las personas cuidadoras.

El cuidador es la persona, familiar, cónyuge o amigo que proporciona la mayor parte de apoyo diario a otra persona que, por sus condiciones físicas y/o psíquicas, es incapaz de mantenerse por sí misma. La mayoría de estos cuidados suelen recaer sobre un miembro concreto de la familia, centrándose su actividad cotidiana en atender al otro, lo que puede implicar el renunciar al descanso, disminuir relaciones sociales y en la mayoría de los casos, tener sentimientos de culpabilidad al salir fuera. Dichas personas, se enfrentan a problemas complejos y difíciles: sostén de la familia, higiene, alimentación, prevención de heridas y úlceras, etc.

Por parte de los/as profesionales se deberían cubrir sus necesidades mínimas mediante la aplicación de diferentes técnicas, tales como: información específica, formación en habilidades de comunicación, apoyo emocional, así como, la aplicación de fórmulas adecuadas para facilitar su descanso y liberación de dicha tarea, teniendo en cuenta que las personas cuidadoras soportan un grado muy intenso de estrés, debido a la intensidad y continuidad de los cuidados.

La escala de Zarit expuesta a continuación, está orientada a detectar el grado de sobrecarga que experimentan dichas personas. Especialmente indicada para cuidadores/as de pacientes aquejados de síndromes demenciales, está validada en nuestro medio y permite medir la vivencia subjetiva de sobrecarga.

Los puntos de corte para interpretar los resultados son los siguientes:

- No sobrecarga: hasta 45 puntos.
- Sobrecarga leve: de 46 a 54 puntos.
- Sobrecarga intensa: a partir de 55 puntos.

Consideramos que la escala de Zarit debe pasarse en consulta, con una explicación previa de su utilidad.



Instrucciones para el Uso de la Escala de Zarit A continuación se presenta una lista de frases que reflejan cómo se sienten algunas personas cuando cuidan a otra persona. Después de leer cada frase indique con qué frecuencia se siente usted de esa manera, escogiendo entre nunca, casi nunca, a veces, frecuentemente y casi siempre. No existen respuestas correctas o incorrectas.					
¿Con qué frecuencia ... Con qué frecuencia (rodee un círculo la opción elegida):	Nunca	Casi Nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
¿Siente usted que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?	1	2	3	4	5
¿Siente usted que a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente ya no tiene tiempo suficiente para usted misma/o?	1	2	3	4	5
¿Se siente estresada/o al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades?	1	2	3	4	5
¿Se siente avergonzada/o por el comportamiento de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Se siente irritada/o cuando está cerca de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de la familia de forma negativa?	1	2	3	4	5
¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?	1	2	3	4	5
¿Se siente agotada/o cuando tiene que estar frente a su familiar?	1	2	3	4	5
¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Cree que las relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
(Sólo si el entrevistado vive con el paciente) ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa a causa de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Cree que su familiar/paciente espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que quiere contar?	1	2	3	4	5
¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar/paciente, además de sus otros gastos?	1	2	3	4	5
¿Siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar/paciente durante mucho más tiempo?	1	2	3	4	5
¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?	1	2	3	4	5
¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar/paciente a otra persona?	1	2	3	4	5
¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?	1	2	3	4	5
En general, ¿se siente muy sobrecargada/o al tener que cuidar a su familiar/paciente?	1	2	3	4	5



Genograma

En cada uno de los miembros de la familia deberemos indicar la edad, la actividad laboral, la residencia y la existencia o no de problemas de salud.

Símbolos para describir la estructura y los miembros de la familia básica (en el genograma se puede incluir a otras personas que vivieron con la familia o que fueron importantes para sus miembros: éstos deben colocarse en la derecha del genograma con una nota sobre quién



hombre:  mujer: 

Persona índice (PI)  

fecha de  43 - 75 



matrimonio (colocar flecha):

(marido a la izquierda, esposa a la



 m. 60 

viven juntos:



(relación o

 72 






Separación marital (dar fecha)

 s. 70 





divorcio (dar fecha)

 d. 72 





hijos: por orden de nacimiento,

 
60 62
  





hijos adoptivos:




mellizos
fraternales:




gemelos




embarazo:

 

3 meses





aborto
espontáneo

aborto
inducido:

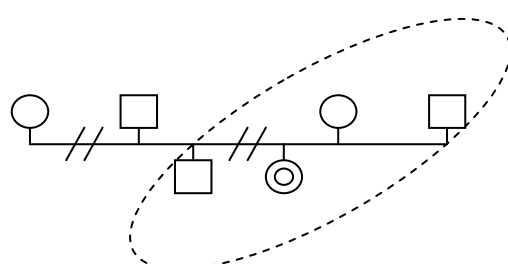
 


nacimiento
de un feto
muerto:

miembros del actual hogar de la PI (enciérrelos en un círculo):

donde han ocurrido cambios de custodia, por favor anote:



El Genograma es la representación gráfica del desarrollo de la familia a lo largo del tiempo. Además de proporcionar información sobre aspectos demográficos, nos va a permitir tener noticias acerca de las relaciones interpersonales dentro del seno de la familia.

El Genograma es un instrumento clínico práctico que facilita el abordaje sistémico familiar en la atención al paciente, proporcionando una visión rápida e integrada de los problemas biomédicos y psicosociales.

La realización del Genograma es una tarea sencilla, ya que sólo requiere conocer una corta relación de símbolos, y tiene la gran ventaja de incorporar en un único diagrama elementos estructurales y dinámicos o relacionales. En síntesis, este instrumento se basa en la utilización de figuras que representan personas y líneas que describen sus relaciones. Es necesario que en el Genograma estén representadas al menos tres generaciones.

El Genograma se construye a través de una entrevista individual o familiar, que sigue una determinada línea argumental y que tiene determinadas claves previamente establecidas, para facilitar y estimular el relato de aquellos acontecimientos significativos, e incluso traumáticos de la historia familiar.

Conviene justificar ante la persona atendida, el motivo por el cual se realiza el Genograma ya que, en ocasiones, la persona dependiente puede no entender, el por qué se involucra a la familia en la solución de su problema, así como el cuidador.

Construcción del Genograma

Un Genograma bien hecho (tal y como se ha dicho anteriormente), debe incluir al menos tres generaciones.

En su construcción se emplearán instrucciones y símbolos estandarizados, que permitan universalizar su uso.

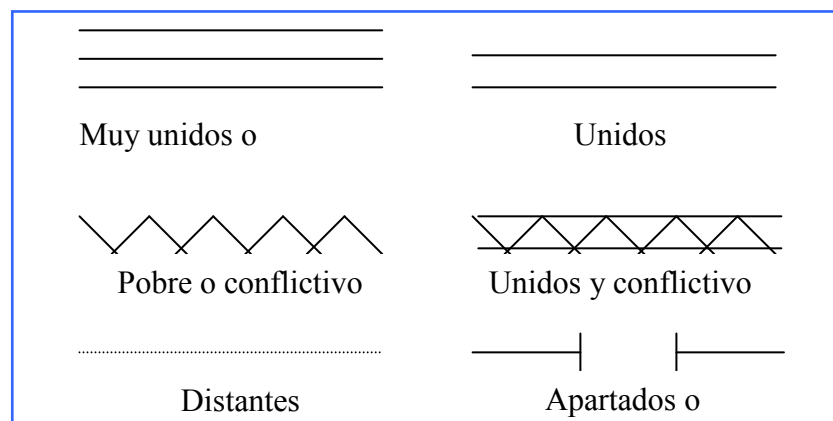
Los miembros de la familia se representarán según el género: un círculo para las mujeres y un cuadrado para los hombres. A la persona atendida se le reconocerá por una doble línea y al cuidador principal por un rombo en su interior. Para señalar el fallecimiento de cualquier miembro colocaremos una X en el interior del símbolo correspondiente. La edad se colocará dentro del símbolo o, si se desea, se puede también indicar encima la fecha de nacimiento y defunción.

El matrimonio se representa mediante dos líneas verticales unidas por una horizontal. Si tienen hijos, éstos se representarán uniéndolos con una línea vertical a la horizontal del matrimonio. La unión de parejas de hecho, se representa igual que en los matrimonios pero con una línea discontinua. Para indicar la separación se dibujará una barra inclinada sobre la barra horizontal. En caso de divorcio esta línea será doble.

Para señalar a las personas que viven en el mismo hogar se trazará una línea discontinua alrededor de todas ellas.

Para reflejar acontecimientos vitales distintos de los referidos hasta ahora (como problemas legales, paro, etc.) se colocará a la derecha del símbolo correspondiente las letras AV seguido de un número de orden cuando haya más de un acontecimiento vital. En el margen inferior se explicará cada acontecimiento.

Es muy importante que estén representadas las relaciones entre los miembros de la familia. Para ello utilizaremos diversos tipos de líneas:



El Genograma lo puede realizar el personal médico, enfermería o Trabajo Social.

Es conveniente realizarlo en una hoja distinta a la utilizada para la evolución.

Dado que la familia es algo dinámico, a lo largo del proceso de atención podemos incorporar nuevos datos o incluso realizar un nuevo Genograma.

MANUAL INFORMÁTICO:

***ESCALA DE VALORACIÓN SOCIAL DE LA
DEPENDENCIA***

ESCALA DE VALORACION SOCIAL DE LA DEPENDENCIA

Menú

PANTALLA DE INICIO
RELLENAR UNA ESCALA
IMPRIMIR UNA VALORACIÓN EN PAPEL
ELIMINAR UNA VALORACIÓN

PANTALLA DE INICIO

Esta es la pantalla que se nos mostrará al arrancar la aplicación. Partiremos de ella para ver si existe en nuestra base de datos la persona a la que vamos a valorar, o debemos darla de alta, como veremos más adelante.

EVSD - Seleccionar Persona

E Escala de Valoración Social de la Dependencia
Seleccionar Persona

DNI

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre

 **Buscar**

DNI	Nombre Completo	Nacimiento
-----	-----------------	------------

Podemos buscar a la persona mediante el DNI, primer apellido, segundo apellido y/o nombre. Una vez tengamos los criterios de búsqueda introducidos, pincharemos en el botón de *Buscar* para ver los resultados.

Si nos equivocamos a la hora de introducir alguno de los datos, queremos limpiar los introducidos, o queremos buscar a otra persona, bastaría que pinchásemos en el icono *LIMPIAR DATOS* del menú de iconos.

En el ejemplo que vamos a ver, vamos a buscar a una persona apellidada PETRIKORENA, siendo este el resultado:

EVS - Seleccionar Persona

Escala de Valoración Social de la Dependencia
Seleccionar Persona

DNI:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Nombre:

Buscar

DNI	Nombre Completo	Nacimiento
	-- Nueva Persona --	

Valoraciones

No existe nadie con ese apellido, y la única opción que se nos muestra en los resultados es – *Nueva Persona* – para que la introduzcamos en la base de datos. Bien pulsando INTRO o haciendo doble clic con el botón izquierdo del ratón, accederemos a la pantalla de la persona:

Escala

Escala de Valoración Social de la Dependencia
Escala

Persona Valorada | Situación Socio-Familiar | Vivienda / S. Eco. / A. Sociosanit. | Observaciones

DNI:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Nombre:

Sexo:

Estado Civil:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Localidad:

Código Postal:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Observaciones:

Introduciremos los datos de la persona para registrarla. Los criterios a tener en cuenta en esta pantalla serán los siguientes:

- La letra del DNI se calculará automáticamente una vez introducidos los dígitos.
- El Sexo, Estado Civil y Localidad se seleccionarán de una lista desplegable con algunos elementos pre-introducidos, aunque estos pueden ser ampliados por el administrador que se establezca en cada Servicio Social de Base.
- En la fecha de nacimiento tendremos un cuadro con posibilidad de activarlo o desactivarlo. Esto es útil si no conocemos la fecha de nacimiento de la persona y no queremos introducir nada.



- Si seleccionamos una localidad con un único código postal, este aparecerá automáticamente. Por ejemplo, Burlada, 31600. Sin embargo, si seleccionamos una localidad con más de un código postal, este permanecerá en blanco hasta que el usuario introduzca el correspondiente.

RELLENAR UNA ESCALA

Ahora que tenemos registrada a la persona podemos empezar a rellenar su escala correspondiente a una fecha determinada.

Por defecto, la fecha de valoración será la fecha actual, aunque podemos modificarla en cualquier momento.

Cada punto de la escala tendrá unos elementos, de los cuales tendremos que seleccionar el indicado para esta persona. La explicación de los elementos de cada punto se mostrarán al pinchar en el interrogante que se muestra a la derecha de cada uno de ellos.

En la segunda pestaña de la valoración, se nos mostrará la puntuación total de esta persona:

Y en la tercera pestaña podremos introducir algunos criterios como las observaciones que queramos recoger sobre la escala y los recursos que queramos aplicar:

Para insertar un nuevo recurso propuesto, pincharemos en el botón *nuevo* y mostrará el siguiente cuadro:

Donde podemos seleccionar el recurso solicitado, la fecha de solicitud, y si lo conocemos, la fecha de resolución y si se ha concedido o denegado.

Una vez el recurso esté introducido y se nos muestre en la lista de la escala, haciendo doble clic sobre él, podremos modificarlo en cualquier momento.

Para eliminar una línea con detalle de recurso, nos posicionamos sobre él en la lista haciendo un solo clic, y pinchamos en el botón *Eliminar recurso* (junto al botón de nuevo)

Guardaremos esta persona y su escala, pinchando en el disquete de la barra de iconos que se muestra en la parte superior de la pantalla.

	Guardar la persona y la escala introducida
	Salir, si se ha modificado algún dato nos dirá si queremos guardar esos datos

Una vez guardados los datos y si volvemos a la pantalla principal, volveremos a buscar a la misma persona:

Podemos apreciar como ahora nos aparece la persona introducida, con una valoración a 13/05/2006 con 87 puntos.

IMPRIMIR UNA VALORACIÓN EN PAPEL

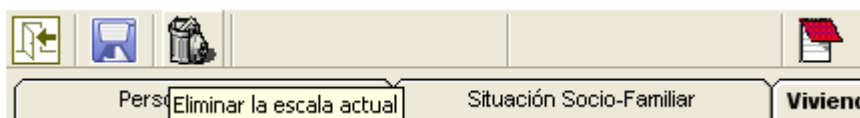
Si por alguna razón queremos imprimir una valoración en papel, bastaría con acceder a la valoración correspondiente, y pinchar en el icono de la libreta (Imprimir), para que nos abra un Excel con la valoración de la persona cumplimentada.

Este sería un ejemplo del fichero Excel de la persona seleccionada:

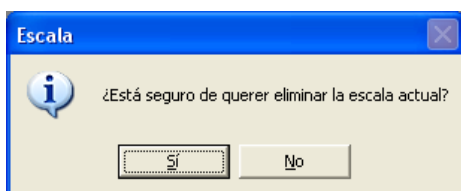
	A	B	C	D	E	F	G	H
1								
2		ESCALA DE VALORACIÓN SOCIAL DE LA DEPENDENCIA						
3								
4								
5								
6		I. SITUACION SOCIO-FAMILIAR						
7								
8		1.1. CONVIVENCIA. Persona que vive: (elegir uno)				1.3. CON CUIDADORA		
9		Con familia directa de manera estable				Características de la persona cuidadora		
10		En Residencia de manera estable	5			(elegir uno en cada apartado)		
11		Solo/a, pero tiene familiares directos que se responsabilizan	8			Convivencia:		
12						No convive con la persona dependiente	0	
13	X	Con Empleador/a de hogar interna y tiene familiares que supervisan la atención.				Convive con la persona dependiente	5	
14		Con familia de 2º ó 3º grado y/o con personas sin relación de parentesco o acogimiento legal	12			Situación Laboral/Ocupacional:		
15		Con familia de forma rotatoria				Otros	1	
16		Con familiares de edad avanzada				Trabaja fuera del hogar	2	
17		Con empleador/a de hogar interna y sin familiares que supervisen la atención				Dedicad@ a las tareas hogar, estudiantes o jubilad@s	3	
18		Solo/a y no dispone de familiares directos u otras personas comprometidas en el cuidado, ni cuidadores	15			X Excedencia	4	
19		Con familiares que presentan una dependencia o limitación funcional y/o social				Abandona actividad laboral	4	
20		Solo/a y/o no acepta supervisión				Tiempo de cuidado:		
21						Menos de 6 meses	0	
22						De 6 meses a 2 años	1	
23						Entre 2 y 5 años	2	
24						Más de 6 años	5	
25						Problemas de Salud:		
26						Sin problemas de salud	0	
27		1.2. RELACIONES Y DINAMICA (elegir uno)				Problemas de salud que incapacitan o se agravan con el cuidado.	3	
28		Integración/aceptación en la Unidad de Convivencia	5			X Ingreso hospitalario	3	
29		Flota por distintos domicilios, existiendo aceptación y distribución equitativa en los cuidados				Tratamiento psiquiátrico instaurado	3	
30		Mantiene contactos esporádicos				Escala de Zarit:		
31		Relación que condiciona la vida familiar de forma relativa	8			De 0 a 45 puntos	0	
32						De 46 a 54 puntos	2	
33		X Problemas esporádicos de convivencia				Más de 55 puntos	3	
34		Flota por distintos domicilios, pero no existe aceptación o/ni distribución equitativa en los cuidados				Edad:		
35		Existen factores de riesgo que producen desajustes convivenciales.				De 22 a 59 años	1	
36		Relación que condiciona la vida familiar de forma moderada	12			Menor de 21 años	2	
37		Relación conflictiva con las personas con las que convive				De 60 a 70 años	2	
38						X De 71 a 84 años	3	
39						Mayor de 85 años	5	
40								
41								

ELIMINAR UNA VALORACIÓN

Para eliminar una valoración basta con acceder a la persona y valoración correspondiente y pinchar en el icono de la basura (Eliminar).



Nos pedirá confirmación del usuario antes de eliminarla, por si nos hemos confundido:



Si el usuario acepta la eliminación, volveremos a acceder a la pantalla de búsqueda de personas.

